Rok XXXVIII. Kraków, 21 Października 1899. Nr. 42.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Weudego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 21 Października 1899. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. 1) Pruchnica zębów u naszej uczącej się młodzieży oraz kilka uwag o higienie szkolnej na podstawie badań, dokonanych na 3050 uczniach szkół publicznych w Jarosławiu. — 2) Znamiona (*stigmata*) zębowe i ich znaczenie prognostyczne w przebiegu chorób ogólnych, ubezpieczeniach na życie i wyborze mamek.

Podał

Dr. Salo Rossberger.

(Streszczenie własne odczytu, wygłoszonego na IX Zjeździe chirurgów polskich w dniu 19 Lipca 1899.)

Dla braku statystyki dentystycznej na całym obszarze ziem polskich i z powodu braku jej w całem nawet państwie austryackiem, zbadałem za zezwoleniem c. k. władz szkolnych stan zębów uczniów wszystkich publicznych i prywatnych szkół jarosławskich i przedkładam obecnie wyniki tych badań. Badania odbywały się podczas godzin szkolnych, w obecności nauczyciela, a to na podstawie drukowanego kwestyonaryusza, ułożonego przezemnie, z uwzględnieniem kwestyonaryuszy Fenchla w Hamburgu, Bertena w Würzburgu, względnie w Monachium, Bartelsa w Fryburgu, Rösego w Monachium względnie Stuttgardzie, Bauera w Budapeszcie, Kollemana w Bazylei i Unghvariego w Szegedynie. Kwestyonaryusz ten, który w końcu tej pracy przytaczam, zawiera 28 pytań, z których 10 pierwszych wypełniała szkoła przy pomocy rodziców, opiekunów i uczniów, resztę wypełniałem sam podczas badań, w asystencyi nauczyciela, przydzielonego mi do tego celu. Otóż wyniki, których ostateczne liczby nie są jeszcze we wszystkich szczegółach obliczone, dają bardzo smutny obraz, świadczący o stopniowem zwyrodnianiu się naszego pokolenia, w miarę stopnia wykształcenia uczniów i ich antenatów. Ogólnikowo mogę powiedzieć, że na 100 uczniów badanych znajdzie się z zupełnie zdrowymi zębami ledwie 12, w niektórych klasach będzie ich między 6% a 34%; na 100 zębów badanych jest chorych 26 do 36, stósownie do klasy. Dzieci, należące do ludzi prostych, mieszczan i kmieci, mają o wiele lepsze zęby, niż dzieci ze sfer wykształconych, mimo że przypuszczalnie czyszczenie zębów stoi w odwrotnym do tego stosunku. Hesse w Lipsku stwierdził, że liczba drobnoustrojów chorobotwórczych w klasie, badanej przed rozpoczęciem nauki wynosi 100—500 na metr sześcienny powietrza, podczas gdy po nauce, względnie na ostatniej godzinie, naliczył ich już 16—18,000, a więc 36 do 160 razy więcej, a rozwielmożnienie się bakteryj podczas nauki należy odnieść jak sądzę, w przeważnej części do pruchnicy zębów i chorób jamy ustnej. Wobec takiego stanu rzeczy nie trzeba się dziwić, że atmosfera klasy niekorzystnie wpływa na zdrowotność, względnie odporność, naszej uczącej się młodzieży (nagminne szerzenie się błonicy, ospy, płonicy, czerwonki, odry itd. po szkołach i przez szkoły), a nawet na zdrowotność samego grona nauczycielskiego, czego najlepszym znowu dowodem statystyka śmiertelności zawodowej. Ta bowiem wykazuje, że na 1000 nauczycieli dochodzi do 60 roku życia ledwie $^1/_2$ tyle co lekarzy, a ledwie $^1/_3$ tyle co księży, mimo, że lekarze i księża zawodowo i codziennie stykają się z chorymi i umarłymi, a więc rzadko kiedy nasz nauczyciel, zwłaszcza ludowy, dochodzi do tego wieku, aby miał prawo do całej emerytury, a przyczyną tego — last but not least — pruchnica zębów młodzieży szkolnej.

Jaka jest przyczyna tej częstości pruchnicy u naszej młodzieży i jak można temu tamę położyć, względnie ograniczyć jej zgubne wpływy na higienę szkolną? Nie tu miejsce ani czas na rozprawy co do etyologii pruchnicy, ale w sprawie higieny szkolnej powinniśmy głos zabrać i liczby uzyskane poddać ścisłej kontroli, to znaczy stworzyć statystykę dentystyczną, jak ją już sobie stworzyli Szwajcarowie, Anglicy, Francuzi, Niemcy, Skandynawczycy, a po części nawet i Węgrzy, i postarać się o to, aby statystyka doszła do wiadomości i świadomości władz szkolnych, w końcu stanowczo i statecznie zażądać:

1). Peryodycznej rewizyi dentystycznej po szkołach, o ile możności przez specyalistę i d-ra wszech nauk lekarskich.

2). Aby do czytanek (obowiązkowych książek szkolnych) przyjęto ustęp, traktujący o higienie zębów i jamy ustnej.

3). Aby zapewniono dla młodzieży szkolnej, zwłaszcza biedniejszej, bezpłatną poradę i pomoc dentystyczno-lekarską.

4). Aby co 2 godziny wietrzono klasę przez otwieranie okien i drzwi w nieobecności młodzieży na 5 do 10 minut.

Wolf, z Zagrzebia idzie dalej i żąda na Kongresie w Moskwie, aby zaprowadzono w świadectwie notę z utrzymywania czystości zębów podobnie, jak jest nota z czystości i staranności w utrzymywaniu wypracowań piśmiennych. Boć to rzecz naturalna, że wprawdzie zdrowe zęby nie są jeszcze dowodem zdrowego ustroju, ale złe zęby są, bądź co bądź, oznaką i przyczyną niedostatecznego lub złego odżywienia się i wyrazem niezdrowego ustroju, zwłaszcza jeżeli pojawiają się już w wieku szkolnym. Galippe we Francyi — i Peadley w Anglii twierdzą zupełnie na seryo, że wysoki odsetek zębów dotkniętych pruchnicą u naszej młodzieży, jest wyrazem zwyrodnienia rodu ludzkiego. Obecne zapatrywanie na tę sprawę przyjmuje, że przyczyną zwyrodnienia i prędkiego psucia się zębów jest wyczerpanie, względnie znaczne wstrząśnienie równowagi w ekonomii ustroju połączeń wapniowych (Röse, Fjörberg) i fosforo-

wych (teorya Kielhausera z Gracu) z tkankami organicznemi, a jako okoliczności sprzyjające rozwojowi pruchnicy przytacza się słusznie: nieregularny zgryz; niedostateczne odżywianie się (brak leguminozów, jarzyn strączkowych w pokarmach), nieodpowiednie przyprawienie pokarmów, zanadto silne ich rozdrobienie i rozmiękczenie (siekane mięso, rozmiękczona w kawie bułka, lub babka, rozmaite ciasta i leguminy) i niehigieniczne traktowanie jamy ustnej. Jako bardzo ważny czynnik podnieść należy dziedziczność i przebyte ciężkie choroby. Uderzającem jest, że podczas gdy podręczniki dentystyczne tak poważnych autorów, jak Baume, Brandt, Metnitz, Miller, Scheff etc. podają pruchnicę czarną, t. j. przewlekłą, za właściwość osób starszych, co najmniej nad lat 20, to statystyka moja wykazuje stosunkowo bardzo znaczny procent tej czarnej przewlekłej pruchnicy u młodzieży szkolnej, nawet najniższych klas, co więcej, już na zębach mlecznych. Zjawisko to tłómaczę sobie w ten sposób, że pruchnica czarna osobników, w wieku szkolnym jeszcze będących, polega na skazie krwi (dyskrazyi) rodzinnej, jak kiła, gruźlica, dna, nałogowe opilstwo, zimnica, krzywica i ciężkie choroby układu nerwowego, a podejrzenia, w tym kierunku powzięte, przy bliższem badaniu znalazły usprawiedliwienie, a po części potwierdzenie. Kontrola polegała na badaniu ksiąg oględzin pośmiertnych, (które od 7 lat *ex offo* prowadzę) i na wywiadach u kolegów zwłaszcza u Dra Friedwalda, urodzonego i od 24 lat w Jarosławiu praktykującego. Z autorów mi znanych tylko Fournier w Paryżu i H. Neuman w Berlinie zwrócili na to uwagę; pierwszy w odniesieniu do kiły dziedzicznej, drugi do gruźlicy.

Największą chorobliwością odznacza się pierwszy stały ząb trzonowy, tak zwany sześcioletni, *la première grosse molaire de six ans* Francuzów. Jest to jedyny ząb w ustach człowieka, który, jako najstarszy, był świadkiem wszystkich przejść i kataklizmów ustroju, a nawet częstokroć zdradza przebyte choroby osobnika, jego rodziców, a nawet dalszych przodków. We Francyi istnieje cała szkoła dentystów, z panem Andrieu na czele, którzy żądają usunięcia tego zęba *à tout prix* w wieku dziecięcym, jeżeli okazuje tylko jakie ślady zwyrodnienia lub schorzenia, a fanatycy tej szkoły wyjmują go nawet, choć jeszcze zupełnie czysty i zdrowy, „parce qu' elle doit être considérée comme une dent de transition“, motywując to, naszem zdaniem barbarzyńskie postępowanie tem, że trzeba za wczasu zrobić miejsce dla później wykłóć się mającego trzeciego zęba trzonowego, tj. zęba mądrości. Ząb ten, jak wiadomo, wykala się częstokroć wśród bólów i cierpień z następowem obrzmieniem lub ropieniem śróddziąsłowem lub okostnowem, któremu towarzyszyć może obrzmienie gruczołów podszczękowych i szczękościsk. Otóż zwolennicy p. Andrieu zalecają usunięcie tego zęba, jeśli tylko jakie dolegliwości sprawia, albo zapobiegawcze wyrwanie 1 zęba trzonowego. Postępowanie takie potępia stanowczo szkoła niemiecka, angielska i amerykańska, i faktycznie niczem się uzasadnić ono nie da, ale wytłómaczyć sobie możemy dążność Francuzów do jak najwcześniejszego uprzątnięcia tego zęba, jako zdrajcy *morbi gallici* zagnieżdżonego gdzieś w rodzinie, lub *abusus absynthii* lub *excessus in baccho* u jakiegoś tam przodka, albo gruźlicy, krzywicy, lub wreszcie innej nieprawidłowości w konstytucyi, nabytej gdzieś w koloniach południowych etc... Jeżeli ząb trzonowy trzeci (ostatni), wykłówający się między 17 a 40 rokiem życia, nazwano dowcipnie zębem mądrości *(dens sapientiae)*, to ząb trzonowy sześcioletni (1) nazwałbym *dens patientiae*, *dens indicator*, nosi bowiem na sobie częstokroć ślady choroby rozwojowej, które stanowczo odróżnić należy od zwykłej pruchnicy. Na tych odciskach gipsowych, (które pokazałem zgromadzeniu), widać dziurki i rysy (rowki) zwane „erozyami“. Erozya nie jest chorobą nabytą *extra uterum*, lecz zboczeniem rozwojowem, które znaleźć można na zębach dopiero co wykłówających się, a nawet na niewykłótych jeszcze, jak to stwierdził Neumann w Berlinie na zwłokach dzieci od $^1/_2$ do 6 roku życia, a nawet na płodach kilkomiesięcznych. Zęby z erozyami nazywam znamienne (stygmatyczne). Szkliwo zęba znamiennego okazuje miejscami dostrzegalne wolnem okiem ubytki w kształcie poziomo i symetrycznie ułożonych ciemno-czarnych, malutkich, wielkości główki od szpilki, płytkich, nie bolesnych, a nawet nieczułych dziurek w liczbie 2—30, powstałych jakby przez wypalanie rozżarzoną igłą lub szpilką. Charakterystycznem już jest umiejscowienie znamion (stygmatów). Leżą one bowiem w szkliwie, drążąc aż do zębiny, na zębach symetrycznych po stronie wargowo-policzkowej w dolnej połowie, liczącej się do korony, okazując skłonność sięgnięcia do samej korony, względnie jej płaszczyzny zgryzu. Znamiona w okolicy szyjki zęba bliżej dziąsła i po stronie podniebiennej także się zdarzają, ale już rzadziej, a wtedy są wyrazem silniejszego ataku przez czas dłuższy w późniejszym czasie rozwoju. Znamieniem także nazywam pruchnicę czarną w okolicy szyjki zębowej w wieku przed 30 rokiem i plamki kredowe. Zęby znamienne niszczeją przed czasem pod formą zapalenia okostnej bez poprzedzającej ją „pulpitis“. Wykłówają się późno i nieregularnie. Znamiona na zębach mlecznych mają należeć do wielkich rzadkości; ja sam mam zanotowanych kilka przypadków. Prawdziwych zębów Hutchisona mam zanotowany wszystkiego jeden jedyny przypadek. W lekkich przypadkach znamienność (stygmatyzm) zaznacza się szkliwem o wejrzeniu falistem w kierunku poziomym. Znamiona okazują się najczęściej symetrycznie na pierwszych stałych zębach trzonowych, równie często na górnych średnich (wielkich) siekaczach i kłach górnych, rzadziej na dolnych, a najrzadziej na małych (bocznych) siekaczach górnych i małych trzonowych *(bicuspidati)*. Jako przyczynę zębów znamiennych (stygmatycznych), podawał pierwotnie Hutchinson, sławny syfilidolog londyński, kiłę dziedziczną *(syphilis hereditaria)*; później, wobec krytyki natarczywej i licznych wyjątków, ograniczył je do takich tylko osobników z kiłą dziedziczną, które w celach leczniczych dostawały przetwory rtęciowe, lub których rodzice przebyli leczenie rtęciowe. Hutchinson sam rozróżnia dzisiaj zęby czysto kiłowe, górne siekacze wielkie o karbowanych lub półksiężycowato wygryzionych siecznych, od zębów znamiennych (stygmatycznych), powstałych jego zdaniem pod wpływem przetworów rtęciowych. Kassowitz, pedyatra wiedeński, Petit w Paryżu i Neumann w Berlinie są innego zdania, gdyż pierwszy i ostatni uważają znamiona na zębach za wyraz przebytej krzywicy *(Rhachitis)*, podczas gdy Petit, a za nim Abramowitsch w Moskwie wnioskują z nich o skazie krwi (dyskrazyi) zołzowo-gruźliczej w rodzinie, z tą różnicą, że Petit rozumie to *in sensu postponenti*, a Abramowitsch *in anteponenti*. Ma-

gitot w Paryżu uważa drgawki za przyczynę znamion, Bartels zaś sztuczne karmienie i każdą chorobę matki lub dziecka w rozwoju, zdolną do wywołania zaburzeń odżywczych, z wyjątkiem drgawek. Tylko Frank Abbot w Ameryce i Busch w Berlinie przyjmują całkiem bez racyi przyczyny miejscowe. Nie wchodząc na tem miejscu w teoryę powstawania zmian znamiennych (stygmatycznych), która i tak będzie przedmiotem osobnej publikacyi, już dzisiaj stanowczo orzec mogę, że stwierdzona obecność choćby tylko jednego lub dwóch zębów znamiennych powinna, mojem zdaniem, zobowiązać lekarza badającego do wywiedzenia się w kierunku, obciążającym rodzinę odziedziczoną gruźlicą, kiłą, alkoholizmem, lub tym podobną skazą krwi, zimnicą albo krzywicą, mimo że niektórzy twierdzą, iż ciężkie choroby w wieku dziecięcym, jak błonica, płonica i dur, przebyte przed 2-gim rokiem życia, są zdolne wywołać znamiona na zębach, nawet u osobników dziedzicznie nie obciążonych. Jestto ważny wzgląd dla lekarza, zwłaszcza przy wyborze mamek lub wystawieniu świadectwa w celach ubezpieczenia na życie, gdzie go zniewalają do poświadczenia nie choroby, lecz zdrowia petenta. Jeżeli tedy pedyatra Monti w Wiedniu powiada, że 2 lub 3 zęby pruchnicze nie są jeszcze przeciwwskazaniem do uznania mamki za dobrą, byleby nie miała żadnych owrzodzeń na błonie śluzowej ust, to nie zgodziłbym się z tem bez zastrzeżeń, a tem mniej, jeśliby to miało odnosić się także do zębów znamiennych.

Co do ubezpieczeń na życie, to następstwem moich wywodów i zapatrywań jest, aby w każdym kwestonaryuszu asekuracyjno-lekarskim było pytanie, czy badany ma lub nie ma zębów znamiennych (stygmatycznych), co naturalnie rozstrzygnąć może z wszelką pożądaną ścisłością tylko specyalista. W interesie ubezpieczonych, którzy swojemi premiami utrzymują towarzystwa ubezpieczeń, polegające po większej części na wzajemności, leży, aby świadectwa lekarskie, wystawione dla ubezpieczenia, miały wartość o ile możności bezwzględną, a *stigmata dentalia* uważam za znamię, które oddać może towarzystwom ubezpieczeń nieposlednie usługi, a także niemniejsze przy stwierdzaniu tożsamości osoby. Śmiem nawet wyrazić przypuszczenie, że z czasem, kiedy sprawa pruchnicy i zębów znamiennych (stygmatycznych) będzie dokładnie, co do swej istoty i etyologii zbadaną, zażądają towarzystwa ubezpieczeń modelów dentystycznych od każdego kandydata do ubezpieczenia, a powinny to zrobić już teraz przy kwotach ponad 3000 złr., czyli 6000 koron, gdzie i tak żądają osobnych świadectw od dwóch lekarzy. Nie ulega wątpliwości, że z drugiej strony towarzystwom ubezpieczeń przysługiwałoby prawo podwyższenia premii dla osobników z zębami znamiennymi, tak samo, jak niektóre towarzystwa przyjmują ludzi z przepuklinami, podwyższając im odpowiednio premię.

Kwestyonaryusz, o którem na początku tej rozprawy piszemy, zawiera następujące punkty:

1) Imię i nazwisko ucz. 2) Zatrudnienie i mieszkanie rodziców. 3) Wiek ucznia, ojca, matki. 4) Liczba rodzeństwa żyjąca, zmarła. 5) Cierpienie lub brak zębów u ojca, matki. 6) *a*) Przebyte choroby ucznia: (szkarlatyna, ospa, dyfterya, tyfus, zimnica, szkrof., ognik, zapalenie ócz, krzywica, blednica); *b*) przebyte choroby rodziców. 7) Zażywane leki, wody mineralne (ucz.). 8) *a*) Zwykły pokarm: (chleb czarny, biały, mięso, legumina); *b*) zwykły napój: woda, piwo etc. 9) *a*) Kolor zębów: biały, żółty, szary, siny; *b*) cera twarzy: blada, trzeźwa, blond, brun.; *c*) barwa oczu: ciemna, piwna, niebieska, szara; *d*) gęstość zębów. 10) *a*) Używa szczotki do zębów i płukania; *b*) ma brata lub siostrę w szkole. 11) Reakcya śliny, nadmiar. 12) Pruchnica ostra (szara) ml. st. 13) Pruchnica przewlekła (czarna) ml. st. 14) Pruchnica szyjkowa ml. st. 15) Zęby Hutchinsona, plamki na rogówce, plamki kredowe na zębach, erozye. 16) Liczba zdrowych zębów ml. st. 17) Liczba chorych zębów ml. st. 18) *a*) z tych do plombowania ml. st.; *b*) z tych do wyrwania ml. st.; *c*) niewykłóte jeszcze. 19) Zapalenie dziąseł, fistuły, kam. zębow, fetor ex ore. 20) Nieregularność zgryzu: *a*) zgryz starczy; *b*) zgryz murzyński; *c*) zgryz otwarty; *d*) krzyżowany; *e*) inne zajęcze usta. 21) Extrakcye, plomby. 22) Anomalie *a*) kształtu; *b*) ilości; *c*) umiejscowienia. 23) *a*) Gruczoły szyjne i podszczękowe; *b*) gruczoły adenoid. nosa, gardła. 24) *a*) Eczema capillitii (ognik); *b*) choroby nosa i ócz. 25) *a*) Habitus scrophulosus; *b*) Habitus rhachiticus; *c*) Hydrocephalus. 26) Inne. 27) Twardość wody. 28) Skład ziemi »Humus«.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć publicznie podziękowanie pp. dyrektorowi gimn. i szkoły realnej Wójcikowi i c. k. insp. okręg. Nowakowskiemu za udzielenie pozwolenia do badań, a pannie Klem. Leimsner i p. Teof. Fintowskiemu za asystencyę i czynną pomoc podczas badań.

II. Z oddziału chorób wewnętrznych krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zachowanie się krwi w przebiegu raka żołądka (*Carcinoma ventriculi*). Kilka uwag w sprawie istoty charłactwa rakowego.

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz

Prymaryusz.

(Ciąg dalszy).

Z powyższego zestawienia wynika, iż w 17 przypadkach raka żołądka poddano krew ścisłemu badaniu a mianowicie:

po	1	razie	badano	krew	w	7	przyp.		
„	2	razy	„	„	„	4	„	w ciągu	2, 6, 8, 23 dni
„	3	„	„	„	„	3	„	w „	18, 31, 35 „
„	4	„	„	„	„	1	„	„ „	35 „
„	5	„	„	„	„	1	„	„ „	34 „
„	6	„	„	„	„	1	„	„ „	203 „

spostrzegania klinicznego.

Ze względu na czas badania przed zejściem śmiertelnem osobnika rzecz się przedstawia następująco:

w	1	przyp.	badano	krew	na	5	godzin	przed śmiercią
„	2	„	„	„	„	10	„	„
„	3	„	„	„	„	2	dni	„
„	1	„	„	„	„	3	„	„
„	1	„	„	„	„	4	„	„
„	1	„	„	„	„	5	„	„
„	1	„	„	„	„	7	„	„
„	1	„	„	„	„	9	„	„
„	1	„	„	„	„	10	„	„
„	1	„	„	„	„	11	„	„

W 3 pozostałych przypadkach oznaczenie czasu ostatniego badania przed zejściem śmiertelnem nie ma donioślejszego dla nas znaczenia, gdyż zejście śmiertelne w tych

trzech przypadkach zostało przyspieszone zabiegiem operacyjnym wobec poprzedniego znacznego wyniszczenia chorych, t. j. Nr. 10 (badano na 15 dni przed śmiercią) i Nr. 9 i Nr. 11 (badano na 19 dni przed śmiercią). W jednym przypadku, t. j. Nr. 8, chora pozostaje na drugi zawód w chwili bieżącej w leczeniu szpitalnem (rozpoznanie uzyskało potwierdzenie na podstawie oględzin przy dokonanej laparatomii próbnej).

Uwzględniając ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny w pojedynczych przypadkach rzecz się przedstawia, jak następuje:

W przypadkach:		il. erytrocyt. w 1 mm.;	Hg.
Nr. 1)	gdzie wyk. bad. na 5 g. przed †	1856000;	28%
" 2)	" " " " 10 " " "	2224000;	37%
" 7)		3640000;	65%
" 4)	" " " " 2 dni " "	2964000;	40%
" 6)		2224000;	30%
" 15)		4800000;	85%
" 14)	" " " " 3 " " "	2632000;	35%
" 12)	" " " " 4 " " "	6360000;	90%
" 17)	" " " " 5 " " "	2080000;	50%
" 13)	" " " " 7 " " "	2696000;	40%
" 16)	" " " " 9 " " "	2160000;	30%
" 5)	" " " " 10 " " "	3640000;	40%
" 3)	" " " " 11 " " "	2864000;	36%

Widzimy zatem, iż ilość erytrocytów w 1 sz. mm. najmniej wynosiła 1856000, a najwięcej 6360000; przeważnie zaś wahała w naszych przypadkach między 2 a 3 milionami w okresach końcowych życia, a hemoglobiny między 30% a 50% z wyjątkiem Nr. 7, 12 i 15. W tych trzech ostatnich przypadkach różnicę należy odnieść do ustawicznych wymiotów, wskutek czego przyszło do zagęszczenia krwi. Dla Nr. 12 i 15, w których to przypadkach ilość erytrocytów w 1 sz. mm. wynosiła 6360000 i 4800000, a hemoglobiny 90% i 85%, sekcya wykazała przyczynę ustawicznych i nie dających się niczem powstrzymać wymiotów w zadrażnieniu trwałem otrzewnej z powodu przerzutów nowotworowych rakowych na niej.

Również z zestawienia powyższego uwidacznia się, iż rozpad ciałek czerwonych częstokroć nie odpowiada w przebiegu raka żołądka stopniowi charłactwa, jakoteż i zmianom anatomicznym. Wysokie liczby ciałek czerwonych w 1 sz. mm. i wysoka względnie ilość Hg., stale się utrzymujące w przebiegu raka żołądka pomimo końcowego okresu życia chorego, przemawiają, zdaniem naszem, za sprawą wtórorzędną nowotworową na otrzewnej; przemijające bowiem wahania dość wysokie w jednym i tym samym przypadku nie należą do rzadkości (Nr. 5, Nr. 7, 8, 9), w ciągu trwania choroby. Doświadczenia nasze potwierdzają zapatrywania Stengla i Henryego. Obok dwóch opisanych przez Osterpeya, gdzie w przebiegu raka żołądka ilość erytrocytów w 1 sz. mm. uległa zwiększeniu, stoją też nasze dwa przypadki Nr. 12 i 15.

Na 17 badanych przypadków w 13 nie stwierdzono

Nr.	Dzień badania	Imię i nazwisko	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Leukocytoza trawienna	Hgb.	Wskaźnik zabarwienia	Ciężar gatunkowy	Alkalescencya	Obraz drobnowidowy	Uwaga	Rozpoznanie kliniczne	Rozpoznannie anatomiczne
1.	12 9	Wojciech R....	4760000	10800	10800	67%	0·7	1·050	320·3 mg NaOH	Jak zwykle	Ciągłe wymioty: HCl + +; kwasota 100; kw. mlekowy 0. 5/10 i 8/10 silny krwotok żołądka.	Haematemesis Ulcus ventriculi rotundum.	9/10. Prof. Trzebitzky wykonał pyłoroplastykę modo Heine-Mikulicz. Rozpoznanie: Ulcus ventriculi rotundum.
	28/9		4060000	9700	6200	55%	0 6	1·044	373·6 "				
2.	15/9	Ewa Rap.. l. 40.	4016000	12400	12500	70%	0·8	1·046	480 2 "	dto	Brak HCl.	Neoplasma lat. ventriculi. Haematemesis.	† Ulcera multiplicia (30) rotunda ventriculi. Hematemesis
3.	17 11	Jakób Wy.... l. 40.	1880000	9400	6000	43%	1·1	1·044	267 "	dto	17/11 Brak HCl. *Haematemesis.* 7/1 HCl + +; kwasota 80. 19/14 HCl + +; kwasota 130. 9/5 HCl + + kwasota 70. Chory na kilka zawodów opuszczał szpital.	Ulcus ventriculi rotundum. Haematemesis.	—
	7 1		4088000	7200	13600	60%	0·9	1·049	426·9 "				
	19 4		3200000	7000	10000	45%	0·7	1·040	426·9 "				
	9/5		4604000	6000	13200	55%	0·6	1·045	480 "				
4.	19/11	Józef Fr.... l. 19.	2560000	11500	11500	46%	0·9	1·038	320·3 "	dto	Badano w 48 g. po 3 litrowym krwotoku.	Haematemesis ingens. Ulcus rotundum ventriculi.	—
			4088000	10200	10000	50%	0·6	1·038	320·3 "				
5.	19/12	Szymon Sz....	5928000	8200	9800	82%	0 6	1·060	320·3 "	dto	HCl + +; kw. 120. Przeniesiony na chirurgiczny oddział.	Ulcus ventriculi rotundum. Haematemesis.	18/1. Rozpoznano: ulcus rot. ventriculi.
	13 1		4352000	5600	12000	80%	0·9	1·060	320·3 "				

leukocytozy trawiennej; natomiast w 4 zauważono ją i to w 2 przypadkach (Nr. 8, 14) stale, a w 2 przypadkach (Nr. 2 i 5) przejściowo. Okoliczność ta nie zgadza się z twierdzeniem Hartunga, Schneyera etc..., którzy upatrują w braku leukocytozy trawiennej kryteryum rozpoznawcze w wątpliwych przypadkach dla raka żołądka. Natomiast wydaje się słusznem twierdzenie Löwita, który uważa brak leukocytozy trawiennej jako cechę charakterystyczną dla raka żołądka na równi z brakiem wolnego kwasu solnego, a obecnością kwasu mlekowego w treści żołądkowej, o ile znane są przypadki w literaturze, gdzie i w raku żołądka napotyka się wolny kwas solny w treści żołądkowej, natomiast brak go przy wrzodach żołądka. Z naszych przypadków obecnych w 4, t. j. Nr. 5, 7, 8, 10 musimy zanotować obecność wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej.

Prawie we wszystkich przypadkach można było zauważyć zmniejszoną alkalescencyę krwi.

Wogóle, na podstawie wyników badania naszych przypadków, musimy przyjść do przekonania, iż obraz hematologiczny w przebiegu raka żołądka jest różnorodny i nie przedstawia żadnych stałych cech charakterystycznych dla tej sprawy chorobowej. Przedewszystkiem uderza niestosunek zmian we krwi się znachodzących do stopnia charłactwa rakowego. Tylko dłuższe spostrzeganie kliniczne może rozstrzygnąć w przypadkach wątpliwych o istocie złośliwej nowotworowej: jednorazowe badanie krwi częstokroć wobec zwiększonej, względnie do stopnia charłactwa, ilości ciałek czerwonych krwi w 1 sz. mm. może naprowadzić błędnie na rozpoznanie wrzodu okrągłego żołądka, pomimo istnienia sprawy nowotworowej. I obecność kwasu solnego wolnego w treści żołądkowej nie zawsze może rozstrzygnąć przeciw sprawie nowotworowej żołądka.

Nr.	Dzień badania	Imię i nazwisko	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Leukocytoza trawienna	Hgb.	Wskaźnik zabarwienia	Ciężar gatunkowy	Alkalescencya	Obraz drobnowidowy	Uwaga	Rozpoznanie kliniczne	Rozpoznanie anatomiczne
1.	25/3	Franciszek Pip.... l. 63.	4680000	10600	10600	95%	1·01	1·062	535·5 mg NaOH	Jak zwykle	10/5. Chory bardzo osłabiony tak, iż trzeba go było wynieść z łóżka; od tygodnia żywiony sztucznemi lewatywami. Badano na 5 dni przed †.	Carcinoma oesophagi. Epithelioma labii inferioris. Inanitio insignis.	† 15/5. Carcinoma oesophagi et labii inferioris. Stenosis insignis carcinomatosa necnon perforatio in tracheam. Mediastinitis septica. Atrophia fusca univ. W górnej części gardziela powyżej rozdwojenia rozległy naciek, zwężający światło tak dalece, iż zaledwie mały palec może się przedostać. Naciek ten na powierzchni w kilku miejscach rozpadły, a w jednem miejscu otwór prowadzi do jamy, która łączy się z tchawicą.
	10/5		3651000	12000	12000	85%	1·1	1·050	586·8 „				
2.	21/3	Franciszek Waz.. l. 55.	6800000	18000	18000	100%	0·7	1·055	586·8 „	dto	Chory tylko mleko przyjmuje, zgłębnik w okolicy rozdwojenia tchawicy nie przechodzi.	Carcinoma oesophagi. Inanitio insignis.	—
3.	22/9	Ewa Kur... l. 55.	4336000	18000	18000	40%	0·4	1·040	480·2 „	Poikylocytoza, polychromatofilia; leukocytoza neutrofilowa.	Badano na 6 dni przed †.	Carcinoma ventriculi ad regionem pylori.	† 28/9. Carcinoma gelatinosum exulcerans flexurae coli hepaticae. Catarrhus ventriculi chronicus. Atrophia fusca musculi cordis. Metastases gl. mesaraicarum. Atheromatosis. W zgięciu wątrobowem okrężnicy rozległy naciek nowotworowy rozpadający się; gruczoły sąsiednie zajęte nowotworowo.
4.	28/3	Marya Sz....	4768000	11600	12000	65%	0·7	1·050	426·9 „	dto	Charłactwo szybko bardzo postępuje.	Carcinomatosis hepatis et peritonei. *Icterus gravis*. Cachexia.	† 3/5. Carcinoma cysticum utriusque ovarii. Metastases carcinomatosae uteri, mesenterii, peritonei, *hepatis*. Atrophia universalis. Compressio ductus choledochi e metastasi.
	25/4		3824000	10000	10800	65%	0·9	1·048	320·3 „				

Na poparcie powyższego wywodu pozwolę sobie przytoczyć wynik badania hematologicznego w pięciu przypadkach typowego wrzodu okrągłego żołądka, w których stwierdzono znaczny stopień wyniszczenia. Następująca tabela rzecz bliżej wyjaśnia: *(Patrz tablica na stronie poprzedniej)*

Różnorodny obraz hematologiczny w przypadkach raka żołądka, nie licujący ze stopniem charłactwa tudzież ze zmianami anatomicznemi, uderza i w przypadkach zajęcia nowotworem rakowym i innych narządów wewnętrznych, n. p. gardziela, jelita poprzecznego etc., — jak to widzimy z dołączonej powyżej tabeli.

Okoliczność ta naprowadza nas mimowoli do bliższego wniknięcia w istotę charłactwa rakowego.

Wiadomo powszechnie z doświadczenia klinicznego, iż

w każdym przypadku raka prędzej lub później wytwarza się charłactwo. Dawniej uważano je jako objaw ogólnej skazy krwi (dyskrazyi); dziś na podstawie spostrzegania klinicznego uważać należy, jako objaw samozatrucia (autointoksykacyi) ustroju, wychodzącego z nowotworu. Dotychczas niewiadomo, co to za ciała trujące i gdzie się wytwarzają. Odnośne doświadczenia na zwierzętach, wykonane przez L. Pfeiffera, Adamkiewicza, Freira, niczego nie wyświetlają. Pilliet przypuszcza, że komórki rakowe wytwarzają istoty trujące t. z. leukomainy, nie wchodząc, ażali są to swoiste substancye wydzielnicze samych komórek. Za trującem działaniem tkanki rakowej przemawia cały szereg faktów klinicznych, jak 1) wadliwa przemiana materyi (Noorden. Pathologie des Stoffwechsels); 2) zmiany we krwi; 3) zmiany z zwyrodnienia i martwienia (degeneracyjne i nekrobiotyczne) w narządach wewnętrznych, nerwach obwodowych i rdzeniu pacierzowym. (Dokończenie nastąpi)

III. **Z pracowni farmakologicznej prof. Dra W. Sobierańskiego we Lwowie.**

O znieczulaniu kokainą skóry pod wpływem prądu elektrycznego.

Napisał

Dr. Andrzej Gońka.

(Dokończenie).

W ten sposób oznaczyłem czas, po którym można osiągnąć znieczulenie, oznaczone liczbą 4. Mając te dwie wartości określone przystąpiłem do ostatniej seryi doświadczeń, w której tylko trzecią wartość, to jest siłę samego prądu zmieniałem.

Zestawione te trzy serye w liczbach przedstawiały się tak:

I serya:

Nasycenie rozczynu w procentach	Czas w minutach	Siła prądu w miliamperach	Stopień znieczulenia, oznaczony zmodyfikowanym czuciomierzem Freya
½	5	10	0
1	5	10	0
1½	5	10	1.8
2	5	10	2.1
2½	5	10	2.5
3	5	10	2.8
3½	5	10	3.1
4	5	10	4 niewyczuwalna

W pierwszej zatem seryi *maximum* znieczulenia osiągnięto przy 4% rozczynie *cocainum hydrojodicum*, po 5 minutach, przy sile prądu o 10 miliamperach.

II serya:

Nasycenie rozczynu w procentach	Czas w minutach	Siła prądu w miliamperach	Stopień znieczulenia, oznaczony zmodyfikowanym czuciomierzem Frey'a
4%	2	10	0.8
4	2½	10	1.2
4	3½	10	3.1
4	5	10	4.0

W tej seryi zacząłem doświadczenia od rozczynów, dających *maximum* znieczulenia w seryi pierwszej; dalej pozostawiłem siłę prądu jednakową, zmieniałem zaś tylko czas działania, rozpoczynając od 2 minut. Nie brałem w rachubę krótszego czasu, z tej przyczyny, że, jak to wcześniej nadmieniłem, charakterystyczne pieczenie, wywołane prądem elektrycznym, zaczyna się zmniejszać, *resp.* ustępować po drugiej minucie, a więc w tym czasie rozpoczęło się działanie kokainy.

III serya:

Nasycenie rozczynu w procentach	Czas w minutach	Siła prądu w miliamperach	Stopień znieczulenia, oznaczony zmodyfikowanym czuciomierzem Frey'a
4	5	2	0
4	5	4	1.3
4	5	6	2.9
4	5	8	3.2
4	5	10	4.0

W trzeciej seryi zachowałem te same wartości co do nasycenia roztworu i czasu, zmieniałem tylko siłę prądu. Rozpocząłem od 2 miliamperów i postępowałem do 10, a wtenczas osiągnąłem również *maximum* żądanego znieczulenia. Widzimy więc, że tak prowadzone doświadczenia były wzajemną kontrolą. I tak, serya druga sprawdzała wynik seryi pierwszej, serya zaś trzecia kontrolowała pierwszą i drugą, pierwsze zaś dwie sprawdzały wynik trzeciej. Jako dodatek tutaj nadmieniam, że roztwory soli kokainowych ciepłe działają trudniej i słabiej, aniżeli zimne. Przeglądając te wszystkie trzy tablice, każdą z osobna i zestawiając je ze sobą, przychodzimy do wniosku, że przy kataforycznem znieczulaniu skóry, zapomocą roztworów „cocainum hydrojodicum“, najłatwiej dochodzimy do maximum znieczulenia, czyniąc je zawisłem w pierwszym rzędzie od siły prądu, w drugim rzędzie od nasycenia rozczynu, najmniej zaś zawisłym jest efekt od czasu.

Rzecz naturalna, że oznaczane znieczulenie estezyometrem Freya, zmodyfikowanym w sposób na początku opisany, nie jest najwyższe. Podnosząc siłę prądu i czas, przy 4% rozczynie osiągnąć można znacznie wyższy stopień znie-

czulenia. O ile, niech pouczy następujące doświadczenie. Eksperyment wykonano na lewem przedramieniu. Przed znieczuleniem czucie normalne. Zastósowano 4°/₀ *cocainum hydrojodicum*. Anodę po stronie zewnętrznej, katodę po stronie wewnętrznej przedramienia. Po dziesięciu minutach działania prądu o sile dziesięciu miliamperów, znieczulenie skóry w odpowiedniem miejscu było tak znaczne, że szpilka, wkłóta aż do krwi, nie daje żadnego bólu. Doświadczenie to powtarzane kilkakrotnie na różnych miejscach skóry pouczyło mnie, że znieczulenie nie sięga zbyt głęboko. Jeśli bowiem anestezya doprowadzona została do tego stopnia, że szpilka powoli wbijana była niewyczuwalną zupełnie, to wbijając koniec jej do chwili, w którym uczuwało się już ból, zawsze po usunięciu szpilki widać było krew. Objaw ten dowodzi, że kokaina w głębszych warstwach skóry trudno zatrzymać się daje, gdyż zostaje szybko wypłókaną, a raczej w obieg krwi ogólny porwaną. Dodatkowo nadmieniam, że znieczulenie dotyczyło nie tylko bólu wywołanego ukłóciem, ale, że wrażliwość skóry na temperaturę stawała się również ogromnie zmniejszoną.

Dość powiedzieć, że przy *maximum* znieczulenia można było skórę dotknąć rozpaloną do czerwoności pałeczką szklaną nieuczuwając, zwłaszcza w pierwszej chwili, albo żadnego bólu, albo też tylko bardzo nieznaczny.

A teraz jeszcze jedno pytanie. Jak długo trwa znieczulenie? Wspomniałem kilkakrotnie, że kataforyczne działanie kokainy zaczyna się dopiero po 2—3 minutach i przy odpowiedniej sile prądu szybko dosięga swego *maximum*, teraz zaś chcę odpowiedzieć, kiedy znika. Niestety dosyć prędko. Od chwili, gdy prąd przestanie działać, już po 5 minutach, znieczulenie spada do połowy osiągniętej pierwotnie wysokości. Po 10 minutach skóra zachowuje jeszcze ślady znieczulenia, a po 15 minutach wraca czucie prawie zupełnie normalne. To szybkie lub wolniejsze znikanie znieczulenia zależne jest zresztą od jego pierwotnego stopnia. Im pierwotnie ono było wyższe, tem dłużej stosunkowo się utrzymuje. Wreszcie jako objaw uboczny, wspomnieć muszę jeszcze o jednym objawie. Po każdorazowem doświadczeniu utrzymywało się, jak wyżej opisałem, na miejscu badanem przez czas dłuższy silne przekrwienie skóry. Przekrwieniu temu najczęściej towarzyszyło pewne przeczulenie, objawiające się tem, że dotyk w miejscu badanem sprawiał niemiłą sensacyę, przechodził niomal w ból Czemu ten objaw miałem przypisać, nie umiem na razie odpowiedzieć.

Na zakończenie chcę jeszcze kilka słów dodać, o ile osiągnięte wyniki rozświecają wogóle sprawę wchłonliwości skóry. Mnie się zdaje, że kataforeza przeważa również szalę na stronę zwolenników t. zw. resorbcyi skóry, gdyż tutaj przenikanie kokainy jest pewnikiem, a o naruszeniu całości naskórka trudno nam mówić, bowiem ani w czasie działania prądu, ani później, obrażeń skóry lub łuszczenia stwierdzić nie jesteśmy w stanie.

Tutaj także zaznaczam, że w najbliższej przyszłości zamierzam omówić zastósowanie kataforezy w dentystyce, nad którą to sprawą obecnie pracuję.

IV. O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych.

Podał

Prof. Dr. J. Prus,

Dyrektor Instytutu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego.

(Według wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem d. 23 grudnia 1898).

(Dokończenie).

W celu rozstrzygnięcia pytania, czy opisane objawy są wyrazem odruchu, przedsięwziąłem szereg doświadczeń, w których odsłonięte wzgórki czworacze tylne drażniłem po poprzedniem zapędzlowaniu 10°/₀ roztworem kokainy. Doświadczenia te wykazały, że przez elektryczne drażnienie znieczulonych wzgórków czworaczych tylnych nie można wywołać: ruchów bieżnych, napadu padaczkowego, przyspieszenia oddychania, podwyższenia parcia krwi, przyspieszenia tętna i objawów strachu. Natomiast mimo znieczulenia wzgórków czworaczych tylnych występują wśród drażnienia: kurcze drgawkowe (kloniczne), zwrócenie gałek ocznych w przeciwległą stronę, rozszerzenie źrenic, wytrzeszczenie gałek ocznych, oraz szczekanie. Wobec tego nie ulega wątpliwości, że objawy pierwszej kategoryi zaliczyć należy do odruchów, podczas gdy objawy drugiej kategoryi zawdzięczają swe powstanie podrażnieniu komórek lub dróg ruchowych, znajdujących się bądź to we wzgórku czworaczym tylnym, bądź też w najbliższem jego sąsiedztwie.

Czy wspomniane objawy odruchowe zależą od podrażnienia nerwów czulnych, czy też od podrażnienia nerwu słuchowego, jak to przypuszcza Ziehen, trudno stanowczo rozstrzygnąć. Nie można jednak zaprzeczyć, że uwzględnienie stosunków anatomicznych przemawia na korzyść twierdzenia Ziehena.

Że w pojawieniu się ruchów bieżnych drogi piramidalne nie odgrywają żadnej roli, dowodzi ta okoliczność, że mimo zupełnego zniszczenia obu piramid pojawiają się ruchy bieżne po zadrażnieniu wzgórka czworaczego tylnego. Powołując się na wspomniane już znaczenie dróg pozapiramidalnych, twierdzę, że drogi pozapiramidalne pośredniczą także w ruchach bieżnych, występujących po zadrażnieniu wzgórka czworaczego tylnego.

Ze względu, że po wyłuszczeniu obu półkul mózgowych występują o wiele silniejsze i dłużej trwające ruchy bieżne wskutek podrażnienia wzgórka czworaczego tylnego, nie ulega wątpliwości, że kora mózgowa wywiera do pewnego stopnia wpływ hamujący na ruchy bieżne. Po usunięciu ciałek prążkowanych i wzgórków wzrokowych sprowadza podrażnienie wzgórka czworaczego tylnego najgwałtowniejsze i najdłużej trwające ruchy bieżne. Ze szczególniejszym naciskiem uwydatnić muszę, że ruchy bieżne, wśród powyższych warunków wywołane, trwały zwykle bez przerwy kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt minut, a odbywały się z niezwykłą ścisłością i rytmem. Ilekroć tego rodzaju ruchy się pojawiły, zwykle nazywałem je żartobliwie *perpetuum mo-*

bile. Ruchy te można było powstrzymać niemal zawsze przez uchwycenie jednej łapki. Czasem pojawiały się te ruchy ponownie po jakimś czasie, lub po wypuszczeniu łapki z ręki.

Zjawisko to przypomina żywo spostrzeżenia, poczynione przez fizyologów wśród badań nad wpływem czynności hamujących. W tym względzie wystarcza przytoczyć, że gdy psa, któremu poprzednio przecięliśmy rdzeń pacierzowy w wysokości 12-go kręgu piersiowego, podniesiemy ku górze, — uchwyciwszy go pod przednie łapy — tak, ażeby tylna część ciała zwieszała się pionowo ku dołowi, to niekiedy odrazu pojawia się ruch wahadłowy tylnych łapek, polegający na prawidłowem rytmicznem zginaniu jednej i drugiej kończyny. Jeżeli wówczas uciśniemy ogon zwierzęcia, to ruchy wahadłowe w jednej chwili ustają i tylko po pewnym czasie napowrót wracają.

Jeżeli dodam, że Sieczenow wykazał obecność ośrodków hamujących odruchy w wzgórkach wzrokowych, to tłómaczenie tych tak długo trwających ruchów bieżnych nie będzie przedstawiało żadnej trudności; nie ulega bowiem wątpliwości, że przez wyłuszczenie wzgórków wzrokowych usunęliśmy ich wpływ hamujący na odruch, który pod postacią ruchów bieżnych pojawia się po zadrażnieniu wzgórka czworaczego tylnego.

Tłómaczenie pojawienia się napadu padaczkowego po zadrażnieniu wzgórka czworaczego nie przedstawia żadnej trudności, jeżeli się uwzględni wyniki moich badań nad padaczką, skreślone w pracy powyżej wspomnianej. Według mnie napad padaczkowy jest wyrazem odruchu złożonego, wywołanego przez zadrażnienie zakończeń nerwów czulnych w wzgórku czworaczym, a uogólnienie się napadu padaczkowego odbywa się za pośrednictwem szarej substancyi układu nerwowego. Pojawienie się napadu padaczkowego, mimo wyłuszczenia półkul mózgowych, dowodzi, że wbrew dotychczas panującemu przekonaniu obecność kory mózgowej nie stanowi niezbędnego warunku w pojawianiu się napadu padaczkowego.

Przyspieszenie oddychania, podwyższenie parcia krwi i przyspieszenie tętna znajdują dostateczne wytłómaczenie w przypuszczeniu, że objawy te są wyrazem odruchu, wywołanego przez podrażnienie wzgórka czworaczego tylnego; wiadomo bowiem, że tego rodzaju objawy wywołać można łatwo w drodze odruchu przez podrażnienie rozmaitych nerwów czulnych.

Z kolei zajmijmy się tłómaczeniem objawów, nie należących do kategoryi odruchów. Że pojawienie się kurczów drgawkowych (klonicznych) wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego nie jest wynikiem udzielenia się prądów ubocznych na drogi piramidalne, tego dowodzi ta okoliczność, że mimo przecięcia dróg piramidalnych kurcze kloniczne się zjawiają, oraz że bezpośrednie drażnienie dróg piramidalnych sprowadza kurcze tężcowe po stronie przeciwległej. Wobec tego przypuścić musimy, że pojawienie się kurczów drgawkowych zależy od bezpośredniego podrażnienia pewnych komórek lub dróg ruchowych, znajdujących się w wzgórku czworaczym tylnym. Czy mamy tu do czynienia z osobnym ośrodkiem dla kurczów drgawkowych, a mającym swą siedzibę w wzgórku czworaczym tylnym, czy też odgrywają tu główną rolę drogi pozapiramidalne, czy też wreszcie pośredniczą tu inne jeszcze nieznane nam drogi ruchowe, trudno stanowczo rozstrzygnąć.

W każdym razie atoli widzimy, że twierdzenie Ziehena, jakoby pojawienie się kurczów drgawkowych było cechującem dla podrażnienia kory, podczas gdy pojawienie się kurczów tężcowych cechować miało podrażnienie podkorowe, — nie może się ostać, a tem samem przypuszczenie jego, — że zwoje podkorowe odznaczają się zdolnością sumowania podniet w przeciwstawieniu do kory, która nie ma posiadać tej zdolności, — jest za mało uzasadnione. W myśl teoryi Ziehena musiałbym wywnioskować, że wzgórek czworaczy przedni posiada zdolność sumowania podniet, podczas gdy wzgórek czworaczy tylny jest pozbawionym tej zdolności. Według mnie jednak tłómaczenie kurczów tężcowych i drgawkowych wychodzić winno z innego punktu widzenia. Kurcze drgawkowe, spostrzegane wśród napadu padaczkowego, są wyrazem okresowego nierównoczesnego, t. j. naprzemian działającego podrażnienia zginaczy i wyprężaczy, gdy tymczasem kurcze tężcowe odpowiadają równoczesnemu podrażnieniu tak zginaczy, jak i wyprężaczy. Otóż skoro mechanizm powstawania kurczów tężcowych i kurczów drgawkowych jest odmienny i skoro drażnienie wzgórka czworaczego przedniego sprowadza kurcze tężcowe, drażnienie zaś takimi samymi prądami wzgórka czworaczego tylnego wywołuje kurcze drgawkowe, sądzę, że musi istnieć inne urządzenie w przednim, a inne w tylnym wzgórku, pod postacią osobnych ośrodków ruchowych, t. j. że w wzgórku czworaczym przednim istnieje ośrodek dla kurczów tężcowych, a w wzgórku tylnym ośrodek dla kurczów drgawkowych. Z tem pojmowaniem rzeczy licuje fakt, że w napadzie padaczkowym występuje faza kurczów tężcowych albo przed fazą kurczów drgawkowych, lub po niej, oczywiście zależnie od tego, który z tych ośrodków jest wcześniej podrażnionym.

Zwrócenie gałek ocznych w przeciwległą stronę, wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego, wskazuje na obecność ośrodka dla tego rodzaju ruchów skojarzonych w wzgórku czworaczym tylnym.

Rozszerzenie źrenic, pojawiające się stale wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego, wytłómaczyć można podrażnieniem włókien nerwowych, rozszerzających źrenicę, albo też przypuszczeniem, że we wzgórku tym znajduje się ośrodek dla mięśni rozszerzających źrenicę.

Jakkolwiek wytrzeszczenie gałek ocznych występuje czasem odruchowo, jako skutek podrażnienia nerwów czulnych, to jednak z uwagi, że objaw ten występuje wśród drażnienia znieczulonego wzgórka czworaczego tylnego, należy przypuścić, że w wzgórku tym istnieje także ośrodek ruchowy, którego podrażnienie sprowadza wytrzeszczenie gałek ocznych.

Wreszcie ta okoliczność, że mimo zapędzlowania wzgórka czworaczego tylnego roztworem kokainy wydaje zwierzę głos (szczeka, skomli), przemawia za przypuszczeniem, że we wzgórku czworaczym tylnym istnieje również ośrodek dla głosu.

Streszczając wynik powyższych badań powiedzieć mogę, że wśród drażnienia wzgórków czworaczych występują objawy dwojakiego rodzaju, a mianowicie: 1) objawy odruchowe z powodu podrażnienia nerwów dośrodkowych i 2) objawy, które zawdzięczają swe powstanie bezpośredniemu podrażnieniu bądźto pewnych ośrodków ruchowych, bądź też pewnych nerwów odśrodkowych, znajdują-

cych się w wzgórkach czworaczych. Objawy tak pierwszej jak i drugiej kategoryi, występujące pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego, różnią się w wielu względach od objawów, pojawiających się wśród podrażnienia wzgórków czworaczych tylnych. I tak, podczas gdy wśród podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego pojawiają się w drodze odruchu: wstrzymanie oddychania, zwolnienie tętna, kichanie, objawy złości, oraz czasem słabe ruchy bieżne lub napad padaczkowy; występują pod wpływem podrażnienia wzgórka czworaczego tylnego: przyspieszenie oddychania, przyspieszenie tętna, objawy strachu, oraz zawsze silne ruchy bieżne i dość często napad padaczkowy. Z objawów, nienależących do kategoryi odruchów, występują wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego: kurcze tężcowe, pewne ruchy głowy, gałek ocznych i uszu, oraz najczęściej zwężenie źrenic i ruchy połykowe, gdy tymczasem drażnienie wzgórków czworaczych tylnych sprowadza: kurcze drgawkowe, zwrócenie gałek ocznych zawsze w stronę przeciwległą, rozszerzenie źrenic, wytrzeszczenie gałek ocznych, ruchy wpustu żołądka i szczekanie. Natomiast podwyższenie parcia krwi i ślinienie pojawia się tak dobrze wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego, jak i tylnego.

Zastanówmy się obecnie nad pytaniem, jakie światło rzucają nasze badania na funkcyę wzgórków czworaczych i na spostrzeżenia kliniczne, odnoszące się do tych przypadków, w których wzgórki czworacze były siedliskiem choroby.

Uwzględniając wyniki powyższych badań, oraz stosunki anatomiczne, wyrazić mogę to przekonanie, 1) że w wzgórku czworaczym przednim istnieją wspomniene ośrodki ruchowe, na które mogą działać głównie podniety optyczne, podczas gdy w wzgórku czworaczym tylnym mieszczą się powyżej wskazane ośrodki ruchowe, które bywają pobudzane głównie przez podniety akustyczne; 2) że w wzgórku czworaczym przednim znajduje się ośrodek dla kurczów tężcowych, a w wzgórku tylnym dla kurczów drgawkowych (klonicznych) i 3) że w wzgórku czworaczym przednim istnieją drogi odruchowe dla oddychania, dla nerwu błędnego i nerwów naczynioruchowych, podczas gdy w wzgórku czworaczym tylnym znajdują się ponadto ośrodki, dla zborności ruchów odruchowych, oraz ośrodek dla tworzenia się głosu.

Spostrzeżenia kliniczne wskazują, że w przypadkach, w których siedliskiem choroby są wzgórki czworacze, pojawiają się zaburzenia w ruchach gałek ocznych, niezborność ruchów wśród stania i chodzenia, drżenie, rozszerzenie źrenic, drżenie gałek ocznych, oraz zaburzenia wzroku (gdy jest zajęty wzgórek czworaczy przedni) i zaburzenia słuchu (gdy siedzibą choroby jest wzgórek czworaczy tylny). Otóż objawy te można z łatwością wytłómaczyć, jeżeli uwzględnimy powyżej skreśloną prawidłową funkcyę wzgórków czworaczych.

V. Wyciągi.

Ostřcil. **Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej rzucawki porodowej** *(eclampsia)*. *(Sbornik klinický.* T. I. Z. 2. 1899). Podstawą wniosków autora jest 35 przypadków rzucawki, sekcyonowanych w zakładzie prof. Hlavy. W 20 z tych przypadków wykonano także badanie drobnowidowe. Obraz anatomiczny, spotykany w rzucawce, bywa bardzo rozmaity; zmiany chorobowe spostrzegać można w wielu i różnych narządach, jednak żaden narząd nie bywa na tyle stale i znacznie dotknięty, aby go można uważać za jedyną siedzibę i źródło rzucawki. Zmiany nerek nie mają znamion spraw zapalnych, lecz zwyrodnień, kończących się bardzo często obumarciem przybłonków nerkowych. Obok tych zwyrodnień zauważył O. obecność istotnych spraw zapalnych w nerkach tylko w 3 przypadkach, a więc w każdym razie są to wyjątki; we wszystkich 3 przypadkach zresztą były to sprawy zapalne przewlekłe, oddawna już widać istniejące. Również i w wątrobie spotyka się w przypadkach rzucawki zwyrodnienia miąższowe i tłuszczowe. — Zwyrodnienia te są w rzucawce zjawiskiem stałem, wywołanem przez zmiany krwi krążącej (wzrost toksyczności, rozpad ciałek czerwonych). Następnie spotyka się szereg zmian, zawisłych od znacznego zwiększania się parcia krwi w czasie drgawek; zmiany te najczęściej i najwybitniej występują w wątrobie; są to jednak w każdym razie zmiany wtórorzędne. O. znalazł je na 35 spostrzeżeń 19 razy. — Zmiany te występują w rozmaitym stopniu, począwszy od nieznacznego rozszerzenia naczyń włosowatych aż do tak silnego, że robią prawie wrażenie naczyniaka jamistego i w końcu aż do pękania naczyń i wybroczyn w tkance wątroby. Nadto zdarzają się zakrzepy wskutek rozpadu ciałek czerwonych i zwolnienia w krążeniu krwi. Zakrzepy i wybroczyny w płucach, mózgu i nerkach, spostrzegane w niektórych przypadkach, mają podobne przyczyny, jak zakrzepy i wybroczyny w wątrobie. O. zauważył, że te zmiany nie występują wcale, lub w znacznie słabszym stopniu w tych przypadkach, w których za życia upuszczano krwi z żyły, i na tej zasadzie nie waha się on zabiegu tego, jako korzystnie działającego w rzucawce, zalecić.

Obecność zatorów naczyń włosowatych płuc, złożonych z komórek olbrzymich, stwierdzał O. tylko wyjątkowo i wobec tego odmawia temu zjawisku większego znaczenia.

W śledzionie znajdował O. wogóle mniejszy lub większy obrzęk; drobnowid zaś wykazywał wówczas znaczne rozszerzenie zatok i żył śledzionowych. Poszukiwania drobnoustrojów zapomocą rozmaitych sposobów wydały we wszystkich przypadkach wynik ujemny.

Wobec tego więc, że w rzucawce, podobnie jak w zatruciach, na pierwszy plan w obrazie anatomicznym występują zwyrodnienia narządów miąższowych, do których mogą przyłączać się przekrwienia i wybroczyny, będące następstwem drgawek, przychyla się O. do zapatrywania Boucharda i sądzi, że rzucawkę należy uważać za samozatrucie ustroju przez nadmiernie wytwarzające się i zatrzymywane produkta pośrednie przemiany materyi. *C.*

Doc. Kimla. **Dalsze przyczynki do poznania wrodzonych chorób narządów gruczołowych.** *(Rozp. Akademie české.* R. VIII. Tř. II. Č. 26. 1899). Praca K. rozpada się na dwie części: w pierwszej z nich zajmuje się autor sprawą torbielkowatego zwyrodnienia płuc, które uważa za cierpienie wrodzone, podobnie, jak zwyrodnienie torbielkowate nerek i wątroby. Powstawanie zwyrodnienia tego tłómaczy K. w sposób odrębny od dotychczas panujących zapatrywań, mianowicie sądzi, że w pewnym okresie płodowego rozwoju danego narządu gruczołowego rozrasta się jego część mezodermalna nadmiernie ze szkodą części entodermalnej, którą niszczy i rozdziela całkowicie lub częściowo. Wskutek tego pierwotne, zarodkowe twory gruczołowe zostają rozdzielone na mnóstwo odcinków rozmaitej wielkości, które, wydzielone z organicznego związku, bądź to ulegają zanikowi, bądź też rozwijają się niezawiśle w odosobnione lub gromadne torbielki. W ten sposób stara się K. sprowadzić zwyrodnienie torbielkowate wszelkich narządów gruczołowych etyologicznie i anatomicznie do wspólnego mianownika, znajdując właśnie w zwyrodnieniu torbielkowatem płuc najsilniejsze dowody dla swych przypuszczeń. Podobnie jak w nerkach, rozróżnia autor w płucach dwa rodzaje zwyrodnienia torbielkowatego: mianowicie rozlane (z małemi torbielkami) i rozsiane. W zwyrodnieniu rozlanem cały płat

lub całe płuco zamienia się w twór torbielkowaty, bardzo podobny do wielokomorowego torbielaka jajnikowego, przyczem nigdzie nie zachowują się nawet ślady zwykłego utkania płuca. Torbielki są wysłane przybłonkiem brukowym lub wałeczkowym, migawkowym, przegrody między torbielkami zbudowane są z tkanki łącznej zarodkowej, lub też włóknistej, zawierającej niekiedy chrząstkę, włókna mięsne gładkie i wysepki tkanki tłuszczowej. Ten rodzaj zwyrodnienia, spostrzegany tylko u płodów i u noworodków, odnosi autor do najwcześniejszych okresów rozwoju płuca. Pierwotne rozgałęzienia oskrzelowe zostają pocięte przez bujającą tkankę mezodermalną na liczne odcinki, przekształcające się w zamknięte torbielki, przyczem zarówno tkanka entodermalna, jak mezodermalna zatrzymuje się na pewnym stopniu rozwoju i stąd zarówno przybłonek, wyścielający torbielki, jak i tkanka przegród zachowuje do pewnego stopnia cechy zarodkowe. Ten zarodkowy stan tkanek dowodzi właśnie wczesnego powstania zboczenia. — Drugi rodzaj zwyrodnienia torbielkowatego płuc, zwyrodnienie rozsiane, znamionuje się obecnością torbieli różnej wielkości, leżących wśród mniej więcej dobrze rozwiniętej tkanki płucnej. Zwyrodnienie torbielkowate rozsiane opisał Grawitz. Autor sadzi, że samo istnienie (rzadkich zresztą) przypadków zwyrodnienia torbielkowatego płuc, oraz makro- i mikroskopowe cechy tego stanu dostatecznie przeczą wszelkim dotychczasowym zapatrywaniom na patogenezę zwyrodnienia torbielkowatego, tłómaczącym wprawdzie poszczególne przypadki, ale nie wystarczającym dla wszystkich znanych spostrzeżeń. Natomiast teorya autora da się zastosować do zwyrodnienia torbielkowatego każdego narządu gruczołowego, a na poparcie jej da się zwyrodnienie torbielkowate płuca wyzyskać tem łatwiej, że rozwój płuca należy do najlepiej zbadanych działów embryologii, a przytem jest względnie prosty.

Druga część pracy K. poświęcona jest sprawie wrodzonych rozszerzeń oskrzeli i analogicznym zboczeniom innych narządów gruczołowych. Zboczenia te polegają, zdaniem autora, na niedostatecznym rozwoju tkanki przybłonkowej danego narządu. — Do wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych zalicza K. nietylko niewątpliwe przypadki rozszerzeń u płodów i noworodków, ale także pewną część rozszerzeń, spostrzeganych u dorosłych, a tłómaczonych fałszywie. Wrodzone rozszerzenia oskrzeli dzieli K. na trzy gromady. W pierwszej gromadzie mieszczą się te przypadki, w których wskutek znacznego rozdęcia pierwotnych rozgałęzień oskrzelowych, zamienia się płuco w twór torbielowaty, złożony przeważnie z torbieli dużych o cienkich ścianach. Torbiele te wysłane przybłonkiem migawkowym, zawierają bądź ciecz surowiczą, bądź treść zapalną, bądź wreszcie powietrze i mogą albo zapomocą utrzymanego głównego oskrzela mieć połączenie z tchawicą, lub też łączyć się tylko między sobą we wspólną zamkniętą jamę. Dotychczas sądzono, że ta postać wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych jest skutkiem zastoju treści we wczesnym okresie rozwoju płuca. Autor odrzuca to zapatrywanie, natomiast tłómaczy, że w przypadkach takich w 3—5 miesiącu życia płodowego ustało dalsze rozgałęzianie się pierwotnych oskrzeli, nie doszło do wytworzenia oskrzelików i pęcherzyków płucnych, natomiast istniejące już duże oskrzela rozszerzały się zwolna wskutek ciągłego bujania przybłonka, przyczem tkanka łączna podścieliskowa zatrzymuje się również na wczesnym stopniu rozwoju. Do drugiej gromady wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych zalicza K. te przypadki, w których rozszerzenie jest walcowato-ampułkowate, a w których również właściwa tkanka płucna (pęcherzyków) się nie wytwarza, natomiast zaś rozwija się tkanka łączna podścieliskowa nadmiernie w grube pokłady. Większa część tu należących przypadków opisano pod nazwą marskości płuca z rozszerzeniem oskrzeli, lub marskości Corrigana. Ta postać ma dla lekarza największe znaczenie, ponieważ pojawiając się zwykle jednostronnie, nie przeszkadza dotkniętemu osobnikowi dojść do późnego nieraz wieku. Że i ta postać jest wrodzoną, stara się K. udowodnić w sposób następujący. W przeważnej części przypadków nie daje się wykazać w życiu pozapłodowem żadna taka choroba narządu oddechowego, którаby ową marskość Corriganowską sprowadzić mogła; osobniki nią dotknięte są zawsze dobrze rozwinięte, posiadają klatkę piersiową symetryczną i nie przypuszczają, że są dotknięte jakiemkolwiek zboczeniem; rozszerzenie oskrzeli wykrywa wówczas lekarz nieraz dopiero przypadkowo przy sekcyi. W przypadkach typowych wykrywa badanie kliniczne i anatomiczne, że płuco dotknięte jest małe i zajmuje tylnogórną część klatki piersiowej, że serce przerosłe przesunięte jest ku stronie tego płuca, a płuco drugie jest rzeczywiście przerosłe i zajmuje nieraz także śródpiersie, a nawet część drugiej połowy klatki piersiowej. Płuco dotknięte nie zawiera zazwyczaj złogów pylicowych. Najsilniejszym dowodem płodowego pochodzenia zmiany jest obraz drobnowidowy. Tkanka łączna podścieliskowa jest silnie unaczyniona, zawiera tętnice i żyły nieraz bardzo duże, o bardzo szerokiem świetle, dalej mieści ona wysepki tkanki tłuszczowej, wyspy włókien mięsnych, niezawisłe od warstwy mięsnej oskrzeli i naczyń, a wreszcie liczne ogniska tkanki chrzęstnej. Właściwej tkanki płucnej najczęściej brak zupełny, niekiedy jednak spotyka się drobne jej wyspy, w których znajdujące się pęcherzyki przedstawiają cechy płodowe. Wreszcie niekiedy znajdują się w tkance łącznej lite gromadki i szeregi komórek przybłonkowych. Powstawanie tej postaci wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych tłómaczy autor podobnie, jak postać pierwszą, zatrzymaniem się rozgałęziania oskrzeli na pewnym stopniu, jednakże w okresie nieco już późniejszym, niż w postaci pierwszej; drugą różnicę od postaci pierwszej stanowi znaczny rozwój tkanki mezenchymatycznej, który nie jest, zdaniem autora, przyczyną zatrzymania się rozwoju oskrzeli, lecz rzeczą zupełnie odrębną i niezawisłą. Gdyby bowiem było przeciwnie, tj. gdyby zatrzymanie się rozwoju oskrzeli zależało od nadmiernego bujania tkanki podścieliskowej łącznej, wówczas nie istniałaby pierwsza, wyżej opisana postać wrodzonego rozszerzenia oskrzeli, w której tkanka łączna jest wogóle skąpo rozwiniętą. — Do gromady trzeciej należą wreszcie workowate rozszerzenia, usadowione pojedyncze lub wielokrotnie w przebiegu lub przy rozgałęzieniach oskrzeli, i to w pierwszym rzędzie rozszerzenia dużych oskrzeli, w drugim jamki oskrzelowe drobnych gałęzi obwodowych, usadowione w szczytach płuc. I tę także postać uważa autor za wadę rozwojową, nie przytaczając na to jednak dowodów bezpośrednich (tkanka płucna i reszta oskrzeli jest wówczas zwykle prawidłowa), lecz dochodząc do tego przekonania tylko pośrednio przez wykluczenie innych sposobów powstawania tego zboczenia. — Wszystkie te rodzaje wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych mogą się łączyć między sobą i z torbielkowatem zwyrodnieniem płuc, stąd też zdarzają się przypadki zawikłane, bardzo trudne do rozjaśnienia, zwłaszcza jeśli do istniejących zboczeń dołączyły się sprawy zapalne i rozpadowe.

Za analogiczne do wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych uważa autor także niektóre zboczenia rozmaitych narządów gruczołowych, jakoto: puchlinę nerkową wrodzoną, niektóre wrodzone torbiele trzustki itp. *Doc. Ciechanowski.*

Dr. Keitler (Wiedeń). **Przyczynek do kazuistyki torbieli trzustki.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 29, 1899). U 34-letniej wieśniaczki stwierdzono w jamie otrzewnowej poniżej pępka guz chełbocząсy, wielkości głowy dziecka. Guz ten był bardzo łatwo przesuwalny, w postaci stojącej — opadał ku dołowi brzucha i można było nim wykonywać ruchy wahadłowe. Szypuła, na której wisiał, była przytwierdzona w okolicy trzustki. W czasie operacyi stwierdzono, że torbiel wrósł między blaszki otrzewnowe sieci małej i leżał częścią na przedniej ścianie żołądka, częścią zaś na sieci dużej. Poprzecznica przebiegała poniżej torbiela. Szypułę stanowił rozciągnięty ogon trzustki. Torbiel, zbadany drobnowidowo, wykazywał budowę gruczolaka trzustki (*Cystadenoma*). *Dr. E. Karchesy.*

R. Gersuny: **O typowym zroście otrzewnowym.** *(Archiv für klin. Chir.* T. LIX). Pod tą nazwą opisuje G. tasiemkowatą błonę wrzekomą, która w miejscu przejścia okrężnicy zstępującej w esowatą przebiega w kształcie więzadła ponad zewnętrzną powierzchnią jej krezki, przyczepiając się podobnie, jak i ta ostatnia; z jednej strony do otrzewnej ściennej, z drugiej do kiszki. W przebiegu swym taśma ta, długości 4 ctm., szerokości 2—3 ctm., bywa albo zrośnięta z powierzchnią krezki, albo przechodzi mostkowato napięta. Będąc krótszą od krezki, powoduje jej zmarszczenie i znacznie przeszkadza ruchowi tej części kiszki. Najwyraźniej występuje to więzadło ruchome przy pociąganiu okrężnicy esowatej ku linii środkowej; po przecięciu jego otrzewna i krezka układają się gładko i kiszka zyskuje znacznie obszerniejszą ruchomość. Z tych stosunków topograficznych zrozumiałą jest rzeczą, iż przy otwarciu jamy brzusznej przez cięcie w linii środkowej więzadło to, przykryte w całości okrężnicą, pozostaje niewidocznem.

Zdaniem autora, który w ciągu ostatnich 3 lat w 21 przypadkach operowanych znalazł obecność takiego zrostu, jest on w związku przyczynowym z wielu zjawiskami chorobowemi. Najczęstszem następstwem bywa zagięcie ostre części esowatej okrężnicy lub jej skręt *(volvulus)* a nawet wgłobienie *(invaginatio)*. Już i w tych przypadkach, gdzie zmiany nie dochodzą tak daleko, chorzy odczuwają szereg dolegliwości w okolicy lewego talerza biodrowego, zależnych od niedostatecznej ruchomości kiszki i utrudnionego obiegu mas kałowych (przewlekłe zaparcie stolca, rozdęcia, silna bolesność, szczególnie przy ruchach i pracy fizycznej). To, że dotychczas, pomimo częstości, te zrosty zgięcia esowatego uchodziły uwagi lekarzy, tłómaczy autor tem, iż zwykle występują na plan pierwszy objawy, które same przez się pochłaniają uwagę i stają się podstawą rozpoznania. Tu należą przypadki, w których rozpoznano opadnięcie trzew (enteroptosis), niedomogę jelitową (atonia intestinorum), albo cały szereg cierpień narządów płciowych kobiecych, wreszcie zapalenie wyrostka robaczkowego. Ponieważ w tych przypadkach, w razie wykonywania operacyi, robioną ona bywa w taki sposób, że dostęp do lewego talerza biodrowego bywa niemożliwy (cięcie po stronie prawej w zapal. wyrostka robaczkowego, operacye pochwowe w cierpieniach macicy i jej części dodatkowych), przeto i te zrosty pozostają niewykryte. Do przyczyn zalicza autor oprócz wszystkich cierpień zapalnych, prowadzących do zrostów otrzewnowych, te czynniki, które w jakikolwiek sposób ograniczają ruchy pętli jelit. Tu należą naprzykład wylewy krwi do otrzewnej, które powodują zlepianie się pętli jelitowych i następowe zrosty, szczególnie w miejscach, gdzie i prawidłowo ruch robaczkowy jest bardzo słaby. Tą drogą powstają zrosty części bocznych okrężnicy zstępującej, zrosty w okolicy kątnicy, które stają się tem mocniejsze w razie przyłączenia się tu sprawy zapalnej.

We wszystkich spostrzeganych przez siebie przypadkach wykonał G. operacyę, polegającą na przecięciu zrostu i dokładnem zeszyciu otrzewnej w miejscu cięcia. Jeżeli przytem krezka okrężnicy esowatej (mesosigma) okazała się zbyt długą, to skracał ją przez założenie kilku szwów. W leczeniu następowem należy unikać zbytniego spokoju jelit, które należy już po 2 dniach pobudzać za pomocą wlewań. W większości przypadków dolegliwości ustępowały zaraz po operacyi, w innych potrzebnem było jeszcze leczenie następowe w postaci wlewań i mięsienia. *Kryński.*

Dr. G. Neuber. **Przyczynek do leczenia stopy szpotawej.** *(Archiv. f. klin. Chir.* T. 59, Z. II). Od dawna już używa N. w przypadkach stopy szpotawej przyrządu, który składa się z wymodelowanej podeszwy metalowej z przymocowaną do niej od tyłu szyną żelazną, w której, tuż ponad piętą, znajduje się podwójny zawias, umożliwiający wszelkie ruchy stopy. Od szczytu podeszwy i od jej strony zewnętrznej biegną spiralnie ku dołowi podkolanowemu elastyczne wstęgi i w tej okolicy przymocowane zostają do metalowej obręczy. Przyrządu tego używać muszą chorzy miesiącami, względnie latami i noszą go początkowo dniem i nocą, potem tylko nocą. Zanim jednak szyny tej użyjemy, musimy w jakikolwiek sposób stopę sprostować (zredresować) do położenia prawidłowego. *Herman.*

Dr. Wörner. **Przyczynek do leczenia ciężkich powikłanych złamań kończyn dolnych.** *(Archiv. f. klin. Chir.* T. 59, Z. II). Do leczenia „ambulatoryjnego“ złamań powikłanych kości kończyn dolnych, połączonych ze znacznem zniszczeniem części miękich, przystąpić można dopiero po kilku tygodniach, gdy rana się oczyści i dobrze pokrywa się ziarniną. A ponieważ zrośnięcie się odłamków w tych razach następuje bardzo powoli, trzeba założyć przyrząd, któryby długo i dobrze czynił zadość swemu zadaniu. Doświadczenie pouczyło autora, że do tego celu najlepiej nadają się, „tutory“ z celuloidu, sporządzone wedle przepisów Landerera na odlewie gipsowym, zdjętym ewentualnie podczas wyciągania kończyny. *Herman.*

Dr. A. Groenbech: **Stosunki istniejące między mimowolnem moczeniem nocnem u dzieci a wyroślami gruczołowatemi (adenoidalnemi).** *(La Semaine médicale*, Nr. 12. 1899). Na 427 spostrzeżeń wyrośli gruczołowatych stwierdził autor, że w 61 przypadkach (więc 14.3%) chorzy ci byli dotknięci jednocześnie mimowolnem moczeniem. Z tego w 39 przypadkach, po usunięciu wyrośli, nastąpiło 26 razy wyleczenie, 11 razy polepszenie, a w 2 przypadkach nastąpiło samowolne ustąpienie przeszkody w nosie z ustaniem mimowolnego moczenia nocnego. Wyraźny związek między guzami a nietrzymaniem moczu istniał w 91% przypadków wyrośli gruczołowatych. *Dr. Bolesław Komorowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 21 czerwca 1899 r.

Przewodniczy kol. Doc. Sroczyński. Członków obecnych 21. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Rutkowski przedstawił z kliniki chirurgicznej:

1) Przypadek raka odźwiernika. Wykonano gastroenterostomię drugim sposobem Wölflera. W 10 dni po operacyi wystąpiły wymioty fusowate skutkiem krwotoku z owrzodzenia rakowego. Przystąpiono do powtórnej operacyi (sposobem Eiselsberga), polegającej na wykluczeniu części zajętej nowotworem przez utworzenie ostrogi *od. curvatura major.*

2) Kostkę wyjętą przed 5-ciu dniami zapomocą *oesophagotomia externa*, a połkniętą przez chorego na tydzień przed operacyą. Obecność i położenie kostki stwierdzono zgłębnikiem i röntgenogramem. W analogicznym przypadku, przysłanym do Krakowa przez prof. Rydygiera, wykazano w przełyku zapomocą röntgenogramu płytkę kauczukową z zębami sztucznymi na wysokości pierwszego kręgu piersiowego. Zgłębnik w tym przypadku nic nie wykazywał.

II. Kol. Gliński przedstawił: 1) Okaz ogniska gruźliczego serowatego w mięśniu sercowym. Przypadek ten dotyczy 35-cioletniej kobiety, u której badanie pośmiertne wykazało rozległe zmiany gruźlicze w kościach i stawach (podudzie lewe, staw łokciowy prawy, żebra), liczne ropnie zimne, łączące się zapomocą przetok z ogniskami gruźliczemi w kościach, zarośnięcie całkowite jamy osierdziowej, obecność dużych ognisk serowatych wśród zrostów na osierdziu, z których jedno, właśnie przedstawione, przewyższające swą wielkością jajo gołębie, zajmuje mięsień sercowy przedsionka prawego i, przechodząc go na wskróś, sięga aż pod śródsierdzie, wypuklając takowe ku światłu przedsionka; umiejscowieniem swem ognisko to odpowiada przedniej powierzchni przedsionka i sięga aż do ujścia żyły głównej górnej *(v. cava sup.)*, zwężając takowe. Obecność tego ogniska i jego umiejscowienie musiały w wysokim stopniu upośledzić czynność prawego serca i sprowadzić zastój w krążeniu dużem wraz z jego następstwami w postaci przekrwień biernych i obrzęków, co rzeczywiście w tym przypadku miało miejsce; mimo to za życia nie można było stwierdzić żadnych

większych zaburzeń ze strony samego serca: poza zaostrzeniem 2-go tonu nad tętnicą płucną, oraz nikłością tętna, czynność serca zdawała się zupełnie prawidłową, co zresztą było spostrzegane i w innych przypadkach gruźlicy mięśnia sercowego.

2) Okaz ciała obcego w oskrzelu wraz z następstwami. Chory, lat 59 liczący, zgłosił się na kilka dni przed śmiercią do tutejszego szpitala z objawami zapalenia opłucnej: o zakrztuszeniu się nie wspominał zupełnie. Badanie pośmiertne wykazało u wejścia do jednego z trzeciorzędnych oskrzeli płatu dolnego płuca lewego obecność kawałka kości; oskrzela tego płatu są nieco rozszerzone, wypełnione treścią posokowatą; ich błona śluzowa rozpulchniona, pokryta wybroczynami; w tymże płacie liczne okołooskrzelowe nacieki ropne, a w częściach dolnych kilkanaście drobnych jam zgorzelinowych; prócz tego badanie pośmiertne wykazało otorbiony otok ropny opłucnej po tejże stronie w części bocznej, a od strony przepony drugi otorbiony otok posokowaty. W przypadku tym cała sprawa chorobowa wywołaną została zakrztuszeniem się, przy którem kawałek kości dostał się do oskrzela, zatkał jego światło, co sprowadziło porozszerzanie w odpowiednim odcinku płuca oskrzeli i zastój treści, bakterye zaś ropne i gnilne dokonały reszty. Obecność ciała obcego w oskrzelu nie sprowadziła w danym przypadku zmian miejscowych w postaci bujania tkanki łącznej.

Dla porównania przedstawia kol. G. okaz ze zbiorów zakładu anatomo-patologicznego, w którym guzik, utkwiwszy w oskrzelu i pozostając tam przez czas dłuższy, wywołał właśnie rozległe zmiany miejscowe.

3) Okaz wrodzonego zniekształtnienia tchawicy. Tchawica ta wogóle ma kształt szablasty, jednakże ściany boczne są nadto w górnej połowie tchawicy wpuklone ku wewnątrz tak, że przekrój poprzeczny przypomina kształt litery Ω. W miejscu podziału na oskrzela tchawica ta jest wyraźnie niesymetryczna, mianowicie przednia jej ściana jest zgięta pod kątem ostrym, zwróconym więcej ku stronie prawej. Takie zniekształtnienia tchawicy bywają zwykle stanem nabytym i są następstwem czy to ucisku z zewnątrz (wól, nowotwory na szyi, tętniaki itp.), czy też zmian w samej tchawicy (blizny, nowotwory itp.). W danym przypadku znaleziono wprawdzie na szyi rozległy (wielkości jaja kurzego) stary ropień, umiejscowiony w tkance podskórnej i wśród mięśni na zewnątrz od naczyń szyjnych, który sięgał od nagłośni aż do obojczyka; jednak położenie tego ropnia, tudzież obecność największych zmian w tchawicy w miejscach najbardziej od tego ropnia oddalonych, nie pozwoliły upatrywać w nim przyczyny tego zniekształtnienia tchawicy. Szczegółowe dalsze poszukiwania nie wykazały ani w błonie śluzowej tchawicy, ani w jej ścianach, ani też wreszcie w otoczeniu żadnych zmian, mogących tłómaczyć to zniekształtnienie tchawicy, wobec czego pozostaje jedynie możliwość odnieść ten przypadek do jakichś zaburzeń (być może pod wpływem czynników mechanicznych) w rozwoju płodowym.

Kol. Doc. Ciechanowski dodaje kilka szczegółów o przypadku, z którego pochodziła przedstawiona przez kol. Glińskiego krtań i tchawica niezwykłego kształtu. W przypadku tym ze starego ropnia po lewej stronie krtani, do którego wsterczał obnażony i nadżarty koniec rogu kości gnykowej, posuwało się ropienie między mięśniami szyi ku dołowi aż do obojczyka, gdzie jama owego zatokowatego ropnia kończyła się ślepo, odgrodzona wąskim pokładem niezropiałych tkanek od drugiego, świeżego ropnia, zaczynającego się poniżej obojczyka, a nie połączonego bezpośrednio z ropniem szyjnym. Ten drugi ropień ciągnął się zatokowato pomiędzy ścianą klatki piersiowej a mięśniami piersiowymi wielkim i małym, dochodził do naczyń podobojczykowych, wzdłuż nich przechodził na ramię i bark, otaczając w około cały staw barkowy (we wnętrzu stawu ropy nie było) i górny koniec kości ramieniowej, a sięgając ku tyłowi aż w okolicę łopatki, ku dołowi między mięśniami przedniej części ramienia aż do przegubu łokciowego, i czem niżej, tem wybitniej okazując cechy ropnia świeżego. Poniżej przegubu łokciowego istniał tylko naokoło całego przedramienia naciek ropny w tkance podskórnej, w mięśniach ropienia nie było. Ropień w okolicy barku przebił w dwóch miejscach na zewnątrz: mianowicie przy dolnym brzegu przyczepu ścięgna m. piersiowego wielkiego i poniżej przyczepu m. trójkątnego ramienia (*m. deltoideus*).

Kol. Spira zwraca uwagę, że ropnie głębokie szyi najczęściej szerzą się ku śródpiersiu tylnemu, gdy w tym przypadku ropienie szło drogą niezwykłą.

Kol. Ciechanowski sądzi, że w omawianym przypadku szczegóły anatomiczne ropnia pierwotnego wskazywałyby na to, iż na drogę, którą posuwało się ropienie, nie był bez wpływu stosunek pierwotnego ropnia do układu powięzi na szyi.

III. Kol. Doc. Raczyński miał odczyt: »W sprawie gruźlicy u dzieci«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Bier zwraca uwagę, że według badań Flüggego zakaźność powietrza polega nietylko na obecności pyłu, ale także na obecności wytwarzających się przy kaszlu chorego baniek śliny z prątkami. Kol. Klecki podniósł, że nawet przy obecności prątków w materyale, użytym do szczepienia świnek morskich, można otrzymać wynik ujemny, co może polegać na odporności osobniczej świńki i małej ilości prątków. Radzi przy odpowiednich doświadczeniach zmniejszyć odporność zwierzęcia użytego do doświadczenia, najlepiej przez fizyczne zmęczenie i porazić jego fagocytozę, do czego posłużyć może makowiec. Kol. Droba szczepił świńki cieczą z przetok gruźliczych otwartych i otrzymywał wyniki ujemne, co przypisuje obecności innych prątków, jak n. p. *tetragenes*. Kol. Sroczyński podnosi, że gruźlicę prosówkową można niekiedy wcześnie rozpoznać badaniem dna oka. Na kilkadziesiąt przypadków, badanych w tym kierunku, znalazł on w 4 przypadkach gruzełki w naczyniówce. Odsetek nieznaczny i nie zgadzający się z pierwotnie przez Bouchuta podanym.

Kol. Doc. Ciechanowski życzyłby sobie, aby statystyka kol. Raczyńskiego objęła jeszcze dłuższy okres czasu dla uzyskania jeszcze pewniejszych danych liczbowych i aby kol. Raczyński uwzględnił dokładnie względną częstość gruźlicy gruczołów krezkowych, względnie przewodu pokarmowego, w porównaniu do częstości gruźlicy narządu oddechowego, co uczyni badania dokonane przez prelegenta, a dotyczące dróg zakażenia gruźliczego u dzieci, tem cenniejszemi. Jeżeli kol. Raczyński, mówiąc o częstszem pojawianiu się gruźlicy u dzieci powyżej 6 go miesiąca życia, nie miał na myśli wyłącznie tylko gruźlicy narządu oddechowego, to może należałoby, obok zakażenia za pośrednictwem pyłu, na którego wpływ dzieci pełzające i bawiące się na ziemi więcej są narażone, uwzględnić także wpływ odstawienia niemowląt od piersi, gdyż wówczas przybywa drugie jeszcze źródło zakażenia w mleku krowiem, tak często zanieczyszczonem prątkami gruźliczymi. Dalej zapytuje kol. Ciechanowski, czy świnki morskie, używane do doświadczeń, poddawane były przedtem próbie tuberkulinowej; następnie zwraca uwagę, że gruźlicy prosówkowej ogólnej nie należy identyfikować z zapaleniem gruźliczem opon mózgowych, które często jej towarzyszy, ale może także wystąpić bez gruźlicy prosówkowej innych narządów; — ztąd też w poszukiwaniach prątków gruźliczych we krwi, które kol. Raczyński podejmie zapewne jeszcze w szerszym zakresie, można czasem »a priori« spodziewać się wyników ujemnych, jeżeli gruźlica prosówkowa ograniczyła się do opon mózgowych, a nie zajmowała innych narządów. Dlatego też ciekawą jest rzeczą, jaki był wynik sekcyi w tych przypadkach, w których kol. Raczyński dotychczas badał krew na prątki gruźlicze. W końcu pożądanemby było, aby kol. Raczyński w pracy swej szerzej uwzględnił sprawę dziedziczenia usposobienia do gruźlicy, na które w ostatnich czasach ponownie zwrócono uwagę, poszukując nowych jego cech somatycznych.

W odpowiedzi zaznacza kol. Raczyński, że świnki morskie używane do doświadczeń, były badane tuberkuliną, — że w przypadkach, w których badano krew na prątki, sekcya wykazała, jak to przy zapaleniu gruźliczem opon prawie zawsze bywa, ogólną prosówkową gruźlicę.

Sekretarz doroczny: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VII. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

1) W. Camerer *jun.* (z Sztuttgartu): *Skład chemiczny noworodka* (wraz z przyczynkiem analitycznym Dra Söldnera). Dotychczas niedokładnie i niewiele wykonano prac, dotyczących składu chemicznego ciała ludzkiego, gdyż w przeprowadzeniu tych prac

natrafili badacze na nieprzezwyciężone trudności, jak n. p. w otrzymaniu celowi odpowiednich zwłok ludzkich, które nie mają uledz zmianie w składzie swoim ani przez sprawę, która śmierć sprowadziła, ani też przez proces rozkładowy po śmierci. Autor badał zwłoki trojga normalnych, donoszonych dzieci, które zmarły bezpośrednio przed ukończeniem porodu, albo też żyły zaledwie kilka minut. Zwłoki te zaraz po urodzeniu ważono, a następnie zamrażano i następnie zapomocą noży, nożyczek i nożyc kostnych krajano na drobne kawałeczki (wielkości grochu) w celu uniknięcia wszelkiej straty substancyi. Następnie z całej masy robiono wyciąg zapomocą wyskoku i eteru, pozostałą zaś bezwodną i pozbawioną tłuszczu miazgę proszkowano. Z sumy substancyj suchych wyciągu wyskokowego, eterowego i proszku otrzymano całość składników suchych, a różnica między tą ostatnią i ciężarem zwłok świeżych wynosiła zawartość wody dziecka. Przy rozbiorze chemicznym wyciągu wyskokowego, eterowego i proszku otrzymał autor następujące liczby:

L. dziecka	Ciężar	Wody	Suchych substancyj	Tłuszczu	Popiołu	Białka i kleju	Istot wyciągowych	C.	H.	N.
1.	2616	1874	742.	358	54	27·8	52	434·2	64·1	46·8
2.	2755	1905	850	443	74	29·6	37	506·9	75·9	50·5
3.	2683	1955	728	270	67	35·0	41	—	—	59·6
Średnia	2685	1912	773	357	65	30·8	43	—	—	51·4

Z tego wynika, że 100 grm. ciała zawierają:

L. dziecka	Wody	Substancyj suchych	Tłuszczu	Popiołu	Białka i kleju	Istot wyciągowych	N.
1.	71·6	28·4	13·7	2·06	10·6	2·0	1·79
2.	69·2	30·8	16·1	2·69	10·8	1·3	1·83
3.	72·9	27·1	10·1	2·50	13·1	1·5	2·22
Średnia	71·2	28·8	13·3	2·40	11·5	1·6	1·92

Ilość całkowita zawartej w organizmie lecytyny wynosi 16·51 grm.

Dla porównania podaje prelegent liczby, zebrane przy badaniach składu chem. ciała dorosłych przez Bischoffa i Volkmanna. W stu częściach człowieka dorosłego znaleziono:

	Wody	Białka i kleju	Tłuszczu	Popiołu
podług Volkmanna . . .	66	16	13	5
podług Bischoffa . . .	60	16	19	5

Ustrój noworodka w porównaniu z ustrojem dorosłego zawiera zatem bardzo dużo wody i tłuszczu, a mało popiołu i substancyj azotowych. Dalej sięgających wniosków autor na razie ze swoich badań nie wyciąga.

Prelegent wykonał również rozbiory ilościowe popiołu, aby stwierdzić teoryę Bungego, który twierdził, że u ssawców stosunek istot nieorganicznych, zawartych w ustroju oseska i w odpowiedniem mleku jest identyczny. Badania wykazały, że u ludzi stosunki te są odmienne, albowiem 100 grm. popiołu zawierają:

	K_2O	Na_2O	CaO	MgO	Fe_2O_3	P_2O_5	Cl
U noworodka . .	7·8	9·1	36·1	0·9	0·8	38·9	7·7
W mleku matki .	31·4	11·9	16·4	2·6	0·16	13·5	20·0

W rozprawach Camerer *sen.* przytacza, iż Fehling w r. 1873 również znalazł u osesków atroficznych mniej wody i tłuszczu, lecz więcej białka, aniżeli u osesków prawidłowych.

Bendix również badał skład chemiczny osesków w klinice Heubnera na osobnikach atroficznych, a mianowicie badał zawartość wody i azotu u 7 osesków. Znalezione cyfry wynosiły w mięśniu świeżym 75% wody i 2·6% N, w mięśniu suchym atoli 10% N.

2. Knöpfelmacher (Wiedeń): *W sprawie strzępków sernika* (Caseinflocken). Prelegent badał chemicznie strzępki białe, znajdowane często w kale osesków dyspeptycznych. Zawartość azotu w preparacie, suszonym w kąpieli wodnej, wynosiła 3·5%, tłuszczu 40%, popiołu 18%. W innym preparacie było azotu 2·98%, tłuszczu 25%. Popiół zawierał: 63% wapna i 9% fosforu (= 21% P_2O_5). Jeżeli się uwzględni ilość popiołu, wapna i fosforu, przypadającą na jedną część azotu, okazuje się, że w strzępkach sernika w kale na jedną część azotu przypada trzy razy tyle popiołu, a dziesięć razy tyle wapna, aniżeli w strącie sernika i to przemawia przeciw identyczności strzępków sernika i jego strątów z mleka. Wybitniej występuje ta różnica przy badaniu tłuszczu i ciał azotowych strzępków sernika. Kwasy tłuszczowe strzępków posiadały w dwóch preparatach punkt topliwości przy 49°, względnie przy 46—47° C, a punkt stężenia *(Erstarrungspunkt)* przy 46, względnie 42° C. Zawartość kwasu oleinowego w tłuszczu wynosiła raz 9·7%, w drugim preparacie 19·5%. Badanie wykazało, że tłuszcz tych strzępków sernika nie może być niezmienionym tłuszczem mleka, a składem swym raczej odpowiada tłuszczom, zawartym w kale po podaniu pokarmu mlecznego. Stosunek istot azotowych do połączeń organicznych białka z fosforem przedstawiał się w jednym przypadku: N : P = 36 : 1, a w drugim N : P = 31 : 1. Następnie autor przedstawia wyniki następujących badań. Z strzępków sernika zrobiono wyciąg zapomocą wody, rozczynów soli i sody i rozcieńczonego ługu sodowego, a pojedyncze wyciągi badano zapomocą metod ilościowego badania na białko i zdołano wykluczyć obecność sernika i parasernika *(Paracasein)*. W wyciągu jednego preparatu wykryto amoniak. Autor wykazał więc, badając tłuszcze, sole i istoty azotowe, że podlegały one działaniu procesów trawiących, że nie może przeto być mowy o niezmienionych strątach sernika i parasernika.

3) Camerer *sen.* (Urach): *Mocz osesków.* Prelegent podaje wyniki badań moczu u 3 osesków. Względna zawartość C i H w moczu oseska opada w czasie karmienia piersią.

	C.	H.	N = 1
(Rubner i Heubner) 9 tygod.	1·27	—	pokarm kobiecy
Camerer i Söldner	1·20 1·00	0·27 0·21	pokarm kobiecy
U dorosłego — dyeta mięszana (podług Voita) . .	0·72	0·15	

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Sprawozdanie z sekcyi neurologicznej i psychiatrycznej LXXI Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich, odbytego w Monachium w dniach 17—23 września 1899 roku

napisał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Ciąg dalszy).

VII. Kaes (Hamburg) omawia: *Szerokość kory mózgowej i zanik włókien rdzennych* (Markfaserschwund) *w porażeniu postępowem ogólnem.* Wykład ten był objaśniony demonstracyami, wykazującemi, że u porażonych zachodzi zwężenie i skurczenie się zwojów czołowych, skutkiem czego następuje rozszerzenie bruzd mózgowych dotkniętej sprawą chorobową okolicy.

VIII. Wykładu St. Szumana (Monachium): *O zaburzeniach układu nerwowego a w szczególności o nerwicach, wywołanych rażeniem słonecznem* nie streszczamy, ponieważ ogłoszony będzie *in extenso* w *Przeglądzie lekarskim.*

IX. Tesdorp (Monachium): *Przyczynek do nauki o zgorzeli symetrycznej.* Autor daje nasamprzód krótki pogląd na znane w piśmiennictwie przypadki tej zgorzeli. Z opisanych dotąd 99

przypadków zgorzeli nerwowej 21 należy do histeryi. Z tych ostatnich 8 dotyczy zgorzeli symetrycznej. Thomé wywoływał poddawaniem (sugestyą) u pacyentki histerycznej coraz nowe ogniska zgorzelinowe. Hohenock objaśnia powstawanie wymienionej zgorzeli zaburzeniami histerycznemi w odżywianiu, anomaliami krwi, oraz chorobowemi zmianami w rdzeniu i nerwach obwodowych. — Opisany przez Tesdorpa przypadek, w którym zgorzel zajmowała część prawej połowy klatki piersiowej i prawe ramię, odznaczał się następującemi histerycznemi znamionami: Znieczuleniem prawej strony ciała (usunąć się dającem intermistycznie hipnozą), napadami kurczowymi (*emprostotonus*, *opistotonus*), łączącymi się z zamroczeniem samowiedzy, niedokrewnością ostrą w prawej stronie ciała i histeryczną niepamięcią (*amnesia*). Chora niezmiernie obawiała się wybuchu nowych ognisk zgorzelinowych i chcąc niejako zapobiedz temu, kazała się hipnotyzować rozmaitym lekarzom monachijskim. Chora podlegała hipnozie nad wyraz łatwo. Już n. p. przy badaniu źrenic chwiała się, opanowana niejako snem lekkim i wystarczyło zwykle kilka magnetycznych pociągnień, by wywołać u niej katalepsyę. Równie łatwem było przeprowadzenie jej tym samym sposobem ze stanu katalepsyi w stan somnambulizmu. Drobnowidowe badanie krwi wykazało zwiększenie się liczby krwinek czerwonych. Tesdorp sądzi, że w jego przypadku zgorzel wystąpiła mocą wpływów psychicznych, idących drogą nerwów i krwi ku mięśniom i skórze.

W dyskusyi powątpiewa Jolly, czy opisany przez mowcę przypadek należy uważać za zgorzel, gdyż ostatnia dotyczy zwykle li tylko krańców kończyn; zadawalnia się jednakowoż oświadczeniem prelegenta, że w piśmiennictwie znalazł równoległe do swego przypadki, których badacze zapatrywali się na tę sprawę chorobową zgodnie z pojęciem prelegenta. W przeciwieństwie do Schrenk-Notzinga zaznacza Forel, że hipnoza zdolną jest wywołać zaburzenia odżywcze (troficzne). Za pomocą niej wywołał n. p. Wetterstrand bąble oparzelinowe (*Brandblasen*). Podobnie przez poddawanie wywołać można, zdaniem Forela, niedokrewność (*Blutleere*) i krwawienie. Według autora, poddawanie oddziaływa na narząd naczynio-ruchowy.

X. Krause (Jena): *Psychozy kiłowe.* Do chorób umysłowych, występujących na tle kiły, zaliczamy: zadumę (*melancholia*), śledziennictwo (*hypochondriasis*), niedołęztwo umysłowe (*amentia*), obłąd (*mania*), obłąkanie pierwotne (*paranoia*), syfilidofobię, rzekome porażenie kiłowe (*pseudoparalysis syphilitica*). Prócz psychoz wymienionych zauważono, jako następstwo kiły, przytępienie umysłowe (*démence syphilitique*) (Erlenmeyer, Christian) z rozmaitemi zboczeniami władz psychicznych. Przyczyny chorobotwórczej tych psychoz dopatruje autor w powstawaniu nowotworów kiłowych, w skutkach kiłowego zapalenia, w niedostatecznej ilości krwi, zwłaszcza ciałek jej czerwonych (*oligaemia* i *oligocythaemia*), w patologicznem odżywianiu się wogóle, a zwłaszcza mózgu i w napadach udarowych. W stanie przytępienia umysłowego przyjmuje Krause prócz tego zwyrodnienie w korze mózgowej, lecz nie natury postępowej. Napomknąwszy krótko o wiądzie rdzenia pacierzowego, jako o zwyrodnieniu tylnych zwłaszcza sznurów rdzenia, wywołanem jadem (toksynami) kiłowym, we krwi krążącym (Strümpell), ilustruje mowca swój wykład opisem licznych i rozmaitych przez siebie spostrzeganych przypadków systematycznego obłąkania pierwotnego, poprzedzonego nastrojem posępnym, dalej przypadkami zadumy, charakteryzującej się przygnębieniem umysłowem i niedorzecznemi ideami. W obu postaciach przypadków wymienionych występowały po chwilowem polepszeniu omamy (halucynacye), później, jako objawy pochorobowe (*Restbestandtheile*), brak woli (*abulia*), tudzież wady etyczne: surowość, gwałtowność, brutalność. Znaczniejszych braków w inteligencyi nie zauważył mowca, nawet w przypadkach, spostrzeganych w ciągu lat 10 z rzędu. Część pewna pacyentów (o dwu przypadkach takich wspomina wyraźnie Krause) mogła wypełniać dokładnie swe obowiązki zawodowe. — Krause ostrzega przed doraźnem mięszaniem przypadków niedołęztwa kiłowego z porażeniem postępowem, przyznaje jednakże, że pewna część ich przechodzi z czasem w tę drugą postać chorobową.

W rozprawach wzięli udział: Kraepelin, Moeli i Mingazzini. Moeli twierdzi, że mówić jedynie można tylko o psychozach, zachodzących u kiłowatych. Mingazzini podnosi częste występowanie niedomogi nerwowej, równocześnie z kiłą lub w jej następstwie. Krause odpiera twierdzenie Moeliego wyjaśnieniem, że spostrzeżenia swoje i wnioskowania z nich wyciągnięte ograniczył jedynie do tych przypadków psychoz, które poprzedzała kiła i wśród przebiegu których okazywały się objawy tego zakażenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Listy z Syberyi.

Sierpień, 1899 r.

Sprawa powstawania i rozwoju chorób zakaźnych, oraz warunki, wśród których pewne zarodki chorób się rozwijają, a inne nikną, tak są jeszcze dla nas ciemne i zagadkowe, że najczęściej przychodzi tylko stwierdzać same fakty, a nie przyczyny. Prawdopodobnie w rozwoju tych chorób odgrywa przemożną rolę wiele czynników różnorodnych, a pomiędzy nimi stoją na czele: ciepłota powietrza, obfitość opadów, wypogodzenie nieba, kierunek wiatrów, woda do picia, a wreszcie stopa rozkładu i gnicia części organicznych. Jak już nieraz wspominałem w poprzednich moich korespondencyach, warunki przyrodzone bytu ludzkiego w Syberyi wschodniej nie są sprzyjające dla rozwoju chorób zakaźnych, które, chociaż i powstają, np. przez zanieczyszczenie wody, gnicie odpadków organicznych, lub dzięki wyjątkowo wielkiej obfitości opadów i innych fizycznych, nam dotąd nieznanych, zmian atmosferycznych, to jednak zarazek tych epidemij nie jest tu trwały, a same epidemie nie przyjmują rozmiarów zagrażających, jak to bywa na zachodzie. Zauważyliśmy tu przez kilka lat pobytu, że czem mniej jest zmienności w zwyczajnej aurze tutejszej, która wyróżnia się suchością powietrza i znaczną przewagą dni jasnych i słonecznych, zwykle w ciepłej połowie roku wietrznych, w zimie mroźnych, w lecie gorących, tem czas zdrowszy i mniej chorób zakaźnych. Czerwonka, najczęściej tu grasująca podczas upałów, od lat czterech znacznie złagodniała, natomiast od lat czterech pojawiła się durzyca, która nawiedza kraj, począwszy od końca lata zwykle dżdżystego i trwa z większą lub mniejszą siłą całą zimę, jednakże nie przyjmuje cechy prawdziwej epidemii. Nic w tem dziwnego, gdyż źródła, głównie tu dostarczające wody do picia, są zanieczyszczone najrozmaitszymi odpadkami zwierzęcymi i stają się ogniskami zakażenia: a jeśli epidemia nie przybiera tu szerszych rozmiarów, to tylko dzięki miejscowym warunkom klimatycznym. Wiele miast i wsi, nieposiadających większych rzek, korzysta wyłącznie z wody źródlanej, czasem zbyt niewystarczającej i przepływającej często przez grunt zanieczyszczony. Do rzędu takich miast należy i Troickosawsk, gdyż i tu, jak zresztą wszędzie w ludzkich zbiorowiskach, grają rolę przemożną stare nawyknienia i rutyna, których ludziska przez zacofanie bronią z uporem, myśląc, że to, co nieszkodziło naszym dziadom, przecież i nam szkodzić nie może. Z tego powodu w ciągu lat wielu toczyła się tu walka zacięta pomiędzy zwolennikami ulepszonych stosunków higienicznych, a zacofanymi przedstawicielami miejskiego samorządu o oczyszczanie z odpadków wybrzeży rzecznych, zasypanych nagromadzonym nawozem i innemi nieczystościami, oraz o zniesienie powyżej źródła położonej pralni, zanieczyszczającej wodę do picia itd. Wszystkie te domagania się nie mogły być przez czas długi urzeczywistnione, ponieważ żywioł miejscowy znajdował poparcie u władzy. Lecz w końcu opozycya zmiękła i to, o czem tak długo rozprawiano, stało się odrazu pewnikiem od dawna wiadomym, że trzeba zamknąć wszystkie zanieczyszczone źródła, wytryskające w środku miasta, a wodę do picia sprowadzić wodociągiem ze źródła, leżącego poza miastem. Robotę tę i nadzór nad nią powierzono ziomkowi naszemu, od wielu lat tu zamieszkałemu i znającemu wybornie miejscowe warunki, inżynierowi-technologowi p. Zaniewskiemu. Sposób tu użyty był najprostszy, zastosowany do środków i warunków miejscowych. Zamiast pierwotnie proponowanych rur miedzianych lub żelaznych, musiano poprzestać na drewnianych modrzewiowych, połączonych ze sobą żelaznemi obręczami. Rury te będą pomieszczone w sklepionych korytarzach, ciągnących się od początku źródła do środka miasta, na przestrzeni 1½ kilom. Szkoda tylko, że początkowych robót korytarza ze ścianami kamiennemi, z powodu znacznych kosztów, zaniechano, zastępując je ścianami również z drzewa modrzewiowego. Głębokość, w której znajdować się będą rury, sięga na 3—4 metrów, co jest tu niezbędne, ażeby woda nie zamarzała. Moje kilkoletnie doświadczenie przy rozkopywaniach w celach archeologicznych pouczyło mnie, że ziemia bywa w lipcu jeszcze zamarzniętą w głębokości 3—4 metrów. Ilość wody jest obliczona na parę tysięcy wiader dziennie. Z wybudowaniem wodociągu wszystkie inne zbiorniki wody, pochodzące z innych źródeł, mają być zamknięte, co niezawodnie poprawi zdrowotność miasta.

Rozpisałem się tak długo o tej sprawie, chcąc dać Wam pojęcie o zdrowotności jednego z miast syberyjskich; a to, co powiedziałem, może być zastosowane i do innych miast, zostających w tych samych warunkach.

W tej chwili otrzymałem szczupły zeszycik prac Towarzystwa lekarzy zabajkalskich w Czycie za rok 1898. Znajdujemy w nim

notatkę Dra Dawidowa, zawierającą na datach urzędowych oparty opis przypadków trądu, wciągniętych dotąd do statystyki w krainie zabajkalskiej. Jest to sprawa doniosła, gdyż Zabajkale graniczy na północ z krajem Jakuckim, owem głównem i najbardziej znanem siedliskiem trądu. Najwięcej przypadków trądu w Zabajkalu było w okręgu Barguzińskim, z tych 8 zostało opisanych przez Dra Silnickiego, a 6 przez Dra Łazowskiego, razem 14. Z liczby zakażonych najwięcej było Buriatów, przybyłych z wyspy Olchonu na Bajkale. W okręgu Selengińskim spostrzegali po 2 przypadki Drowie Troickij i Bohuszewski: w okręgu Nerczyńskim opisali Drowie Kołbasenko i Rożdestwienskij 1 przypadek w szpitalu nowo budującej się kolei; w Wierchniendińskim Dr. Wasilijew, a w Troichorowskim Dr. Talko-Hryncewicz po 1 przypadku (oba ostatnie zakończyły się śmiercią). Ogólna liczba wszystkich dotąd spostrzeganych przypadków w Zabajkalu wynosi 21. Główne siedlisko trądu było w północnej części Zabajkala, mianowicie w okręgu Barguzińskim, graniczącym z północno-zachodnim brzegiem Bajkału, a na północ z okręgiem Jakuckim, gdzie klimat bardziej wilgotny i mroźny, a ludność żyje w gorszych warunkach, niż na południu Zabajkala. Co do Mongolii, to tam nie powiodło się mi stwierdzić trądu. Większość chorych trędowatych uległa gruźliczej postaci trądu. Wszyscy chorzy po większej części należeli do klasy ubogiej, źle się odżywiali i wogóle byli w ciężkich warunkach ekonomicznych. Niekiedy tylko można było wykazać dziedziczność. Trądowi jednakowo ulegają obie płcie, zarówno dzieci, dorośli i starcy. W przytoczonej pracy sprawozdawczej znajdujemy odezwę Dra Szari, w której on proponuje zbadanie warunków występowania i przebiegu gruźlicy zapomocą szczegółowego notowania i opisywania chorych w kraju zabajkalskim. Kwestyonaryusz taki ma być rozesłany wszystkim tu zamieszkałym lekarzom. Ogólne jest mniemanie, oparte na zdaniu lekarzy od wielu lat tu zamieszkałych, że gruźlica w Syberyi wschodniej należy do chorób rzadkich, a na suchotników, przybywających tu z Europy, lub na obciążonych skłonnością dziedziczną do suchot, lub na dotkniętych nieżytami oskrzeli klimat tutejszy wpływa pomyślnie. Przeprowadzenie takiej statystyki chorych na płuca przez lekarzy wyświeci istotny stan rzeczy i może mieć bardzo doniosłe znaczenie dla ocenienia warunków zdrowotnych tutejszego klimatu.

Jeżeli już mowa o chorobach zakaźnych, to nie mogę nie wspomnieć o fakcie bardziej rozległego znaczenia nie tylko dla Syberyi, lecz w przyszłości i dla przyległej Mongolii i Chin, mianowicie o zamierzonem otwarciu w Troickosawsku, na pograniczu cywilizacyi europejskiej i azyatyckiej, pierwszej w Rosyi filii cesarskiego Instytutu medycyny doświadczalnej. Przy otwartej granicy chińskiej przepędza się przez Troickosawsk ogromne stada bydła i koni ze stepów mongolskich przez Bajkał do Irkucka. Oprócz tego przewozi się tędy po paręset tysięcy skór dla obszywania cybików z herbatą: oraz odbywa się dostawa wolami herbaty, drzewa i siana. Temi to drogami sprowadzają się razem z bydłem do Syberyi księgosusz i wąglik, które to epizoocye trwają ustawicznie w Mongolii. Kwarantany i wszelkie dotąd stosowane środki ochronne przy otwartej granicy chińskiej nie przyniosły pożądanych wyników. Uwzględniając przedstawienie jenerał-gubernatora nadamurskiego, prezes komisyi przeciwdżumowej, książę A. Oldenburgski uzyskał sankcyę cesarską na założenie w Troickosawsku oddziału Instytutu petersburskiego medycyny doświadczalnej, który wkrótce otwarty zostanie. Kierownikiem tego oddziału mianowany został członek Instytutu, b. asystent prof. M. Nenckiego, p. Władysław Wyrznikiewicz-Turczanowicz, który przedtem był pomocnikiem naszego uczonego w jego pracy nad szczepieniem księgosuszu u bydła na Kaukazie. W początkach ma być tu przygotowana tylko surowica przeciwksięgosuszowa, a następnie i inne przeciwzakaźne. Na ochronne szczepienie bydła u ludności kozaczej zabajkalskiej asygnował zarząd coroczne subsydya po 12 tysięcy rubli. Do oddziału przybyło kilku wojskowych weterynarzy, przydzielonych tu z różnych pułków Rosyi europejskiej. Reszta ludności zabajkalskiej, np. włościanie i przybysze, będą musieli pozawierać osobne umowy z oddziałem Instytutu dla szczepienia bydła, a tym sposobem ogromne koszta, ponoszone dla utworzenia i utrzymania oddziału, chociaż do pewnego stopnia się zwrócą.

Na zakończenie mego dzisiejszego listu podaję krótką wzmiankę pośmiertną. Dnia 3 czerwca r. b. zmarł w Kiachcie, licząc lat 83, Dr. Piotr Marcinkiewicz, jeden z najsędziwszych lekarzy syberyjskich. Urodził się w okolicach Białegostoku na Litwie, dokąd dziadek jego, trudniący się uprawą roli na małym wiejskim zagonie, przybył z Krakowa. Po skończeniu w Wilnie szkół średnich, śp. Marcinkiewicz, dla braku środków do dalszego kształcenia się, pozostawał przez lat kilka nauczycielem przy dzieciach Mikołaja Mianowskiego, profesora ówczesnej Medyko-Chirurgicznej Akademii Wileńskiej; skasowanie Akademii zmusiło śp. Marcinkiewicza wstąpić na Uniwersytet moskiewski, po ukończeniu którego, jako stypendysta został w r. 1851 wysłany na posadę młodszego lekarza kiachtyńskiego gradonaczalstwa, na dalekie krańce państwa. Sprawował tu następnie różne urzędy lekarskie, i wśród rozległej praktyki upłynęła główna część życia zmarłego. Przez ostatniego gradonaczelnika kiachtyńskiego, swego serdecznego przyjaciela a ziomka naszego, Despota Zenowicza, był wysłany do zbadania wód Jamorówki, które pierwszy z lekarzy zwiedził i złożył sprawozdanie o tej szczawie alkalicznej, co dało początek i pochop do leczenia się tymi zdrojami, dotychczas uczęszczanymi wyłącznie tylko przez Buriatów. Przybywszy tu przed 50 laty, jak sam zmarły o tem opowiadał, zagrożony był suchotami płucnemi, kaszlał i ulegał krwiopluciu; w Syberyi zdrowie odzyskał, a dzięki regularnemu i skromnemu życiu, doczekał się późnej starości. W ostatnich czasach usunął się w zacisze domowe, otoczony ogólnem uznaniem i wdzięcznością. Związany przez żonę i liczną rodzinę z tutejszą miejscowością i pozbawiony środków pieniężnych, mógł tylko marzyć o powrocie w strony rodzinne, o których i w ostatnich dniach życia mówić i myśleć nie przestawał. Oby mu ziemia obca lekką była!

Jan Ilgowski.

X. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura w miesiącu wrześniu 1899 r.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 36 osób, w liczbie tej 11 pozostałych w leczeniu z sierpnia i 7 pozostających nadal w leczeniu na miesiąc październik.

Wykaz liczbowy tych 36 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	—	2	2
w kończyny górne	—	14	10	24
w kończyny dolne i tułów	1	6	3	10
w ciało nagie	—	17	11	28
przez ubranie	1	3	4	8
liczby ogólne	1	20	15	36

Zwierzęta kąsające były we wszystkich przypadkach psy, w 1 przypadku kot.

Z osób szczepionych w tym roku zmarli na wodowstręt:

1. Roman Kociszyn, lat 6, syn lokaja w Zadwórzu *ad* Przemyślany, wielokrotnie pokąsany dnia 28 kwietnia 1899 w ciało nagie w okolicy stawu nadgarstkowego prawego. Rany były wypalone lapisem i antyseptycznie opatrzone w trzecim dniu po pokąsaniu. Zgłosił się do szczepień w dniu 7 maja. Szczepienia przebył w czasie od 7 do 16 maja b. r. W sześć tygodni po ukończeniu szczepień, według doniesienia c. k. Starostwa w Przemyślanach, śmierć nastąpiła wśród objawów wodowstrętu.

2. Iwan Hynadziuk, lat 38, wyrobnik w Łojowej *ad* Nadwórna, pokąsany dnia 28 kwietnia 1899 r. w dłoń lewą w pobliżu stawu nadgarstkowego (duża i głęboka rana, nie wypalona i antyseptycznie nie opatrzona). Zgłosił się do szczepień w dniu 19 maja. Szczepienia przebył w czasie od 19 do 29 maja b. r. Według doniesienia c. k. Starostwa w Nadwórnie zmarł wśród objawów wodowstrętu w dniu 23 lipca 1899 roku.

W obydwóch przypadkach należy zwrócić uwagę na spóźnione zgłoszenie się do szczepień.

Dyrektor Zakładu: *O. Bujwid.*

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 października.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Pieniążek przedstawił dwie chore, przez siebie operowane; kol. prof. Browicz miał wykład: »O wchłanianiu krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i obrazach ztąd powstać mogących, jakoteż o drogach odżywczych w komórce wątrobnej«. Odczyt ten był ilustrowany projekcyą elektryczną obrazów. W rozprawach zabierali głos koledzy: doc. Nowak, prof. Hoyer, prof. Klecki i prelegent.

* Akademia medyczna w Paryżu przyznała Dr. Karolowi Brudzewskiemu nagrodę w kwocie 1000 fr. za rozprawę p. t. »L'influence de la cornée sur l'aberration de sphéricité de l'oeil«. Dr. Brudzewski, podczas swego pobytu w Paryżu, gdzie jako stypendysta spędził dwa lata poświęcał się badaniom naukowym w pracowni okulistycznej w Sorbonie i tam właśnie wykonał swą pracę, za którą został laureatem Akademii medycznej. Wielce pocieszająca ta okoliczność świadczy zarazem, że zapis stypendyjny im. Kasparka nie idzie na marne.

* Likarśkyj Zbirnyk, czasopismo ruskie, wydawane we Lwowie nakładem Towarzystwa naukowego im. Szewczenki pod redakcyą Dra Eugeniusza Ozarkiewicza, opuścił prasę. Tomu II-go zeszyt I zawiera: Dr. Ozarkiewicza i dr. Marischlera: Badania nad przemianą materyi w zwiększającej się lub zmniejszającej się puchlinie brzusznej. Dr. Kobryńskiego E.: O leczeniu wynicowania pęcherza. Dr. Dakury J.: Zajmujący przypadek nowotworu śródpiersia przodkowego. Dr. Dolińskiego M.: Z kazuistyki położniczej. Dział wyciągów nader bogaty, obejmuje 47 stronic. Treść zakańcza słownik wyrazów łacińsko-niemiecko-ruskich, użytych w rozprawach tego zeszytu. Pisownia ściśle fonetyczna, język wzięty z życia z ust milionów; w tworzeniu terminów niema szowinizmu, ani też gwałtownych zapożyczań się u innych ludów słowiańskich. Powaga i rzetelność zamiarów biją z tego zeszytu i zjednują życzliwość dla uczciwej pracy.

* Stowarzyszenie lekarzy Królestwa Kroacyi i Slawonii obchodzi uroczyście w Zagrzebiu d. 19, 20 i 21 b. m. 25-letnią rocznicę (1874—1899) swego istnienia. Program uroczystości jest następujący: d. 19 o godz. 8-mej powitalny wieczorek w sali Towarz. muzycznego. D. 20-go o godz. 10-tej uroczyste posiedzenie ogólne: o godz. 12½ pierwsze posiedzenie naukowe, następnie zwiedzanie szpitali i zakładów, a wieczorem bankiet. D. 21-go od 8 do 10 godz. przedstawienie chorych i demostracya preparatów; o godz. 11-tej 2-gie posiedzenie naukowe; od 4 do 6 (ewent.) 3-cie posiedz. naukowe; o godz. 8-mej bankiet. Udział zapowiada się liczny.

Nakładem Towarzystwa, a pióra dr. Rakowaca, wyszła z powodu wzmiankowanej uroczystości książka pamiątkowa, poświęcona 25-letnim dziejom kroackiego Towarz. lekar. i sprawom medycyny w Kroacyi. W porządku abecadłowym dołączył autor spis wszystkich prac oryginalnych, ogłoszonych w ciągu 21 lat w organie Towarzystwa »Lečnički Viestnik«.

Lekarzom kroackim, kolegom z zawodu a braciom z pochodzenia, przesyłamy w dniu uroczystym szczere życzenia dalszego rozwoju pomyślnego.

* Zarządzenia rządowe na Szląsku, ażeby wszystkich przybywających z Galicyi robotników poddawano, ze względu na panujące tam ospę i dur, obserwacyi sanitarno-policyjnej, o tyle zostały zmienione, że wobec wygasania tych chorób, zarządzenia te pozostały w sile tylko co do tych nielicznych gmin galicyjskich, w których ospa i dur jeszcze się zdarzają.

* Związek lekarzy południowych dzielnic Wiednia odbył posiedzenie d. 5 b. m., na którem obradowano nad obronną organizacyą stanu lekarskiego w Wiedniu. Dr. Scholz wymownie wykazał szkody, jakie system Kas chorych wyrządził lekarzom. Po nim dr. Ullmann zdał sprawę o oburzającem traktowaniu lekarzy przez zarządy Kas. Zagrożeni pozbawieniem siebie niezbędnych środków do życia, lekarze Kas znoszą to poniżające stanowisko, byle nie stracić nawet tak upokarzającego dochodu; większość jednak lekarzy Kas, w celu wywalczenia lepszych warunków, dziś by opuściła te posady, gdyby wiedziała, że z ich ustąpienia nieskorzystaliby inni. Ullmann więc doszedł do wniosku, że nadeszła pora, w której lekarze powinni na wzór robotników związać się w silną organizacyę i na wzór tychże robotników powinni zebrać fundusz dla wsparcia należących do zmowy kolegów. Prymaryusz Heim podziela pogląd poprzedniego mowcy i wzywa zgromadzonych do utworzenia funduszu organizacyjnego; uczynił on wniosek, by z Kasy Związku podjęto na ten cel 300 złr., a na liście składkowej wpisał się na czele z kwotą także 300 złr. Uczestnicy zebrania poparli czynnie te wnioski i w kilku minutach dopełnili listę do 1250 złr. Bezwłocznie wybrano komitet do dalszego zbierania składek i szerzenia tej idei, ażeby i inne Związki lek. wiedeńskie przystąpiły do tej obronnej organizacyi.

* D. 22 b. m. położony zostanie kamień węgielny pod »niemiecki Zakład dla suchotników« w Davos.

* Grono profesorów petersburgskiej Akademii wojenno-lekarskiej jednomyślnie oświadczyło, że nie tylko nie ma nic przeciw przyjmowaniu do Akademii wychowańców szkół realnych na studentów medycyny, lecz przeciwnie, dopatruje w nich zastęp o wiele właściwiej przysposobiony do nabycia wiedzy lekarskiej; a co się tyczy języka łacińskiego, to posiadanie go w rozmiarach, obowiązujących dla pierwszych trzech klas gimnazyalnych, jest zupełnie odpowiednie celowi i w tej mierze należy wymagać egzaminu wstępnego z tego przedmiotu.

* Sprawozdanie z tegorocznego Kongresu do zwalczania gruźlicy opuściło już prasę w Berlinie. Obejmuje ono wygłoszone na Kongresie odczyty, referaty i rozprawy, zredagowane w przystępnej formie i dlatego stanowi cenny nabytek do piśmiennictwa o gruźlicy. Że to, tak troskliwie wydane, sprawozdanie wyszło w nader krótkim czasie, bo po upływie 4 miesięcy, jest to rzecz godna najwyższego uznania, a zasługa przypada niepodzielnie sekretarzowi Kongresu, dr. Pannwitzowi.

* Jak dziwnie bywa czasem pojmowaną w kołach prawniczych ustawa, dotycząca z jednej strony ubezpieczenia robotników, z drugiej — stanowiska lekarzy wobec tej ustawy, świadczy wyrok niedawno wydany w Prusiech przez Najwyższy sąd. Kasa chorych w Erfurcie wypłaciła jednemu członkowi swemu pewną kwotę, opierając się na świadectwie niezdolności do pracy, wydanem przez t. zw. »przyrodolekarza«. Ponieważ istnieje przepis rządowy, że tylko na świadectwo lekarza dyplomowanego można wydawać chorym zapomogi, przeto Kasa chorych wniosła zażalenie przeciw temu przepisowi, tłómacząc, że ponieważ wolno członkom podług ich życzenia leczyć się u takich »przyrodolekarzy«, to i świadectwo, przez nich wydane, powinno być ważne. Komisya powiatowa odrzuciła to zażalenie z uwagą, że świadectwo niezdolności do pracy wchodzi w zakres prawniczy, zatem może być wystawione tylko przez ludzi, których prawnie uważa się za kompetentnych (t. j. przez lekarzy). Jednak Najwyższy sąd zawyrokował, że ponieważ statut Kasy pozwala członkom leczyć się u »przyrodolekarzy«, przeto i świadectwa, przez nich wystawione, powinne być prawomocne.

* Zarząd miasta Kijowa mianował 4 lekarzy szkolnych, z płacą 1000 rb. rocznie.

* Dr. Józef Wodniecki, po odbyciu kilkoletnich studyów w klinikach i szpitalach krakowskich, osiedlił się, jako lekarz Kasy chorych, w Lutyni Niemieckiej na Szląsku austryackim.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 19: Dr. Bregmanna L.: O ucieczkach automatycznych (dokoń.). Dr. Miklaszewskiego W.: Poglądy współczesne na istotę choroby Addisona, z powodu przypadku tej choroby. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 41: Gabszewicza A.: Torbiel skórzasta (cholesteatoma) wewnątrz — czaszkowa. Dr. Higiera H.: O swoistem zamroczeniu świadomości w okresie pohipnotycznym. Pechkranza: Samoistne cierpienia serca. (c. d.). W *Medycynie* Nr. 41: Goldenberga A.: Dlaczego dziecko rośnie? (dokończenie). Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.). W *Nowinach Lekarskich* Nr. 10: Dr. Szumana L.: Nirwanina, jako środek do znieczulania miejscowego i kilka uwag, dotyczących znieczulania płynem Schleicha.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

Konkurs na opróżnioną posadę *sekundaryusza* przy Szpitalu Ś-go Ludwika w Krakowie, z renumeracyą roczną 600 złr. w. a. Ubiegający się pp. Doktorowie wszech nauk lekarskich mają wnosić podania na ręce Dyrektora tegoż Szpitala najpóźniej do dnia 31 października b. r.

Prof. Dr. M. L. Jakubowski.
Dyrektor Szpitala Ś-go Ludwika.

Konkurs imienia prof. Kosińskiego.

Za pośrednictwem jednego z członków *Gazety lekarskiej* prof. Kosiński złożył w Redakcyi tejże *Gazety* 300 rubli, przeznaczając je jako nagrodę za najlepszą pracę chirurgiczną. Komitet pod przewodnictwem prof. Kosińskiego oceniać będzie wszystkie prace oryginalne (bez względu na rozmiary) z dziedziny chirurgii w całym jej obszarze, ogłoszone w języku polskim, bądź to w czasopismach lekarskich, bądź też w oddzielnych książkach, w okresie czasu od dnia niniejszego ogłoszenia aż do 1 stycznia 1901 r. Dla ułatwienia pracy Komitetu byłoby pożądanem, aby autorowie nadsyłali odbitki prac do Redakcyi *Gazety lekarskiej* (Warszawa, ulica Marszałkowska, L. 115).

Konkurs na posadę I asystenta przy katedrze higieny z płacą roczną 700 złr. — Podania należycie ostemplowane wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 1 listopada 1899.

Zwierzchność gminna m. Ryglic (oddalone od stacyi kol. Tuchów 7 kilometrów) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną pensyą w kwocie 300 złr. w. a. i wolnem mieszkaniem. Podania należycie udokumentowane wnosić należy do zwierzchności gminnej do 15 listopada b. r. 185

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.